عالم المعرفة
سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

لأنَّ الإنسانَ فانٍ

الطبّ وما له قيمةٌ في نهايةِ المطاف

تأليف: أتول غواندي

ترجمة: عبداللطيف الخياط





المجلس الوطني
للثقافة والفنون والآداب

عالم المعرفة
سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت
صدرت السلسلة في يناير 1978
أسسها أحمد مشاري العدواني (1923-1990) ود. فؤاد زكريا (1927-2010)

لأنَّ الإنسانَ فانٍ

الطبُّ وما له قيمةٌ في نهايةِ المطاف

تأليف: أتول غواندي
ترجمة: عبداللطيف الخياط



فبراير 2019
469



سلسلة شهرية يصدرها
المجلس الوطني للثقافة
والفنون والآداب

ترسل الاقتراحات على العنوان التالي:

السيد الأمين العام

للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

ص. ب: 28613 - الصفاة

الرمز البريدي 13147

دولة الكويت

هاتف: 22431704 (965)

www.kuwaitculture.org.kw

التنضيد والإخراج والتنفيذ

وحدة الإنتاج في المجلس الوطني

ISBN 978 - 99906 - 0 - 623 - 2

العنوان الأصلي للكتاب

Being Mortal:

Medicine and What Matters in the End



Atul Gawande

Metropolitan Books

Henry Holt and Company LLC

طُبع من هذا الكتاب ثلاثة وأربعون ألف نسخة

جمادى الأول 1440 هـ - فبراير 2019

المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر
عن رأي كاتبها ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

المحتوى

فصل تعريفي

«تمثلت الصدمة التي كنت أواجهها في أن أرى الطب وهو يفشل في إنقاذ المرضى»

علمتني كليّة الطب أمورا كثيرة، ولكنّها لم تعلّمني أحوال الموت. فمع أنّني أُعطيت جثّة جافة كالجلد لأشرحها في الفصل الأوّل من دراستي، ما كان هذا سوى طريقة لتعلّم تفاصيل التشريح البشريّ. لم يكن في كتبنا الدراسيّة شيء عن الشيخوخة أو الوهن في أواخر العمر أو عن الاحتضار. لم تكن هناك تفاصيل عن هذه المرحلة، وكيف يمرّ الناس بخبرة نهاية الحياة، وكيف تؤثّر في الذين من حولهم: كلّ هذا كان يبدو خارجا عن موضوع الاهتمام. كان الهدف من تدريس الطبّ، كما كنّا نفهمه، وكما كان يفهمه أساتذتنا، هو تعليمنا كيف ننقذ حياة الناس، وليس كيف نعتني بنهايتهم.

أمّا المرّة الوحيدة التي أذكر أنّني ناقشت فيها الموت فكانت خلال ساعة مخصّصة لبحث رواية تولستوي العظيمة «موت إيفان إيلييتش»[1](*). وكانت المناقشة تحدث ضمن ندوة أسبوعيّة تسمّى «ندوة المريض والطبيب»، «Patient-Doctor» وهي جزء من جهد الكليّة لتنشئة الطالب بحيث يكون متكامل التدريب والمعرفة، وليكون طبيبا ناضج الشعور الإنسانيّ. أمّا الأسابيع الكثيرة فكانت تمرّ ونحن نمارس طقوس الفحص الجسدي؛ وتمرّ أسابيع أخرى ونحن نتعلّم أمورا حول الآثار الاجتماعيّة -الاقتصاديّة والاختلافات العرقية على الصحّة. غير أنّنا نقضي لقاء واحدا في إحدى الأمسيات من أيّام الدراسة ونحن نتأمّل معاناة إيفان إيلييتش وهو مستلقٍ على فراش المرض، تنحدر صحّته وتسوء، ولا يعرف كنه مرضه أحد ولا كيف يكون العلاج.

مرّ بنا في قصّة تولستوي كيف أنّ إيفان إيلييتش رجلٌ يبلغ من العمر خمسة وأربعين عاما، وهو قاضٍ متوسّط الرتبة من قضاة مدينة سانت بيترسبيرغ، حياته تدور في الغالب حول اهتمامات تافهة تتصّل بالمركز الاجتماعيّ. ثمّ حدث في أحد الأيّام أنّه سقط من فوق إحدى درجات السلّم، وأحسّ بألمٍ في جنبه؛ غير أنّ الألم لم يتناقص، بل كان يتزايد يوما بعد يوم، حتّى إنّه لم يعد في إمكانه ممارسة عمله. كان إيلييتش يُعتبر في السابق «رجلا ذكيّا، مهذّبا، حيويّا، محبّبا إلى القلوب»، بينما أصبح الآن مكتئبا وضعيفا. تجنبه أصدقاؤه وزملاؤه في العمل، وأخذت زوجته تدعو طبيبا بعد الآخر، وكلّ طبيب يكلّفهم أكثر فأكثر. ولكنّ الأطبّاء لم يكونوا يتّفقون على أي تشخيص، ولا تفيد العلاجات التي يصفونها في تحقيق شيء من الشفاء. أمّا إيلييتش نفسه فكان في عذاب، وهو يتلوّى ويثور لاستمرار حالته.

يقول تولستوي: «والذي كان يؤلم إيلييتش أشدّ الألم هو ما يصادفه من خداع، والكذبة التي بدا أنّ الجميع يقبلونها لسبب أو آخر بأنّه ليس في طريقه إلى موت قريب، بل هو مريض فقط، وأنّ كلّ ما عليه فعله أن يصبر بهدوء ويخضع لما أوصى به الأطبّاء من علاج، ثم ستكون النتيجة طيّبة جدّا». تمرّ على إيفان إيلييتش نفحات من الأمل بأنّ حالته ستعود فعلا إلى طبيعتها، ولكن كلّما ازداد به الضعف وازداد هزالا تأكّد من حقيقة ما يحدث له. فهو يعيش في ضنى مستمرّ وفي خوف من

(*) نقلتها إلى العربية المترجمة مها جمال، ونُشرت لدى الهيئة العامة لقصور الثقافة – القاهرة 2014. [المحرر].

الموت. ولكنّ مَن حوله من أطباء وأصدقاء وأهل لا يستطيعون أن يواجهوا الموت. وهذا ما يسبّب له أعمق درجات الألم.

يضيف تولستوي: «لم يكن أحد يبدي له العطف الذي يريد أن يشعروا به. فقد كانت تمرّ به لحظات بعد وصلة طويلة من المعاناة الشديدة تكون كبرى أمنياته خلالها هي أن يعطف عليه أحد من حوله كما يُعطف على الطفل المريض (هذا مع أنّ خجله كان يمنعه من أن يقرّ بهذا الشعور). يريد أن يدلَّل ويواسى. إنّه يعلم أنّه موظّف مهمّ، ويعلم أنّ لحيته تزداد بياضا، ولهذا فإنّ ما يأمله سيكون من المستحيل تحقيقه، ولكنّه لم يكن يملك إلاّ أن يبقى في تشوّق لذلك العطف الغائب».

كان طلاّب الطبّ الذين يقرأون هذه الرواية يشعرون بأنّ فشل من حول إيفان إيلييتش في بذل المواساة له، أو في الإقرار بما يحدث له فعلا، هو فشل في الشخصيّة وفي الثقافة. فقصّة تولستوي التي تتحدّث عمّا يحدث في روسيا في أواخر القرن التاسع عشر بدت قاسية، وكنا نشعر بأنّها شبه بدائية. فبالطريقة نفسها التي كنا نؤمن بها أن الطبّ الحديث قد يكون قادرا على شفاء إيفان إيلييتش من أيّ مرض كان يعانيه، كنا نعتبر أنّ ممّا لا يقبل الشكّ أن الصدق والعطف من أكثر مسؤوليّات الطبيب المعاصر إلزاما. كنّا على ثقة بأنّنا لو واجهنا حالة كالتي واجهها أطبّاء إيفان إيلييتش فإنّ سلوكنا كان سيتّسم بالعطف.

وكان الذي يشغل بالنا هو المعرفة؛ ففي الوقت الذي كنّا نعرف فيه كيف نتعاطف، لم نكن واثقين على الإطلاق بأنّنا كنّا نعرف كيف نشخّص بالشكل الصحيح، وكيف سنعالج. كنّا ندفع أقساط كليّة الطبّ لنتعلّم حقائق العمليّات الداخليّة للجسم، والآليّات الدقيقة المعقّدة لأمراض الجسم، والتدفّق الضخم من المكتشفات والتقنيات التي تتجمّع يوما بعد يوم كأنّها كنز من المعلومات لمواجهة تلك الأمراض وإيقافها. لم نكن نتصوّر أنّنا نحتاج إلى أن نفكّر في أشياء أخرى. ولهذا أبعدنا إيفان إيلييتش عن أذهاننا.

ولكن لم تمضِ سنوات طويلة حتى بدأتُ أمارس الطبّ الجراحي بوصفي طالبا ثمّ جرّاحا، وبدأت أقابل مرضى مضطرّين إلى أن يواجهوا حقائق الانحدار الأخير وحقائق الموت، ولم يمضِ وقت طويل حتّى أدركت مدى قلّة استعدادي لمساعدة أولئك المرضى.

بدأت أكتب وأنا في أول سنة من سِنِي دراسة الجراحة[2]، وقصصت في واحدة من أولى مقالاتي قصّة شخص سمّيته جوزيف لازاروف. وشخصيّة القصّة إداريّ مدنيّ فقد زوجته منذ بضع سنوات بعد إصابتها بورم في الرئة، وهو الآن في الستينيّات وقد أصيب هو نفسه بسرطان غير قابل للبرء – سرطان البروستاتا الانتقالي (metastatic)، كان قد تقدّم مرضه إلى حدّ بعيد، فخسر أكثر من اثنين وعشرين كيلوغراما من وزنه، وانتفخ بطنه وصفنه (scrotum) وأرجله بالسوائل. ثمّ استيقظ في أحد الأيام وهو غير قادر على أن يحرّك رجله اليمنى ولا أن يضبط خروجه، وأُدخِل إلى المستشفى، وهناك التقيته بوصفي الطبيب المقيم، من ضمن فريق جراحة الأعصاب. وجدنا من خلال الفحص أنّ السرطان قد انتشر إلى الجزء الصدري من عموده الفقري، حيث كان المرض يؤدّي إلى انكماش عموده الفقري. لم يستطع الفريق الطبيّ تحقيق الشفاء من السرطان، ولكنّا كنّا نأمل أن ننجح في علاجه. ثمّ أخفقت أشعّة الطوارئ في تقليص السرطان، وهنا عرض عليه جرّاح الأعصاب أحد خيارين: العناية به ليشعر بقسط من الراحة، أو استخدام الجراحة لاستئصال الكتلة السرطانيّة المتنامية في عموده الفقري. واختار لازاروف الجراحة. كانت مهمّتي، بوصفي الطبيب المقيم في فريق الجراحة العصبيّة، أن أحصل من المريض على تصريح مكتوب بأنّه يفهم المخاطر التي تنطوي عليها الجراحة، وأنّه يختار على رغم ذلك المضيّ بالجراحة.

كنت أقف خارج غرفته، وأنا أحمل بياناته في يدي الرطبة، وأفكّر كيف يمكنني أصلا أن أفاتحه في الموضوع. كان لدينا أمل في أن توقف العمليّة تقدّم الأذيّة التي تمتدّ في العمود الفقري فقط؛ فلن يحدث شفاء، ولن تزيل العمليّة الشلل، ولن تعيده إلى حياته التي كان يحياها. فمهما فعلنا لن يعيش جوزيف لازاروف أكثر من بضعة أشهر. والعمليّة تنطوي على مخاطر، فهي تحتاج إلى شقّ صدره، وإزاحة أحد الأضلاع، وضغط إحدى الرئتين حتى نصل إلى عموده الفقريّ. سيكون مقدار ما سيفقده من دم كبيرا، واحتمال الشفاء ضئيلا. وفي حاله الضعيف، سيواجه مخاطر كبيرة من المضاعفات المسبّبة للوهن بعد العمليّة. وهكذا فإنّ العملية ستضع أمامنا احتمال تردي حالته، بل تقصير حياته. غير أنّ جراح الأعصاب لم يكن غافلا عن كلّ ذلك، بل مرّ على كلّ الاحتمالات، وكان لازاروف قد صرّح بوضوح بأنّه يريد العمليّة. فكلّ ما عليّ عمله هو أن ألج عليه وأتمّم الإجراءات الورقيّة.

كان لازاروف يبدو وهو في سريره رماديّ اللون، هزيل الجسم. أخبرته بأنّني الطبيب المقيم وأنّني أتيت لأحصل على موافقته على الجراحة، وأن توقيعه سيعني أنّه يؤكّد وعيه بأخطار العمليّة. وقلت إنّ العمليّة قد تزيل الورم، ولكنّها قد تخلّف مضاعفات خطيرة، منها الشلل والجلطة الدماغيّة، بل إنّها قد تؤدّي إلى الموت. كنت أحاول أن أكون واضحا، من دون أن أكون قاسيا. ولكنّ عرضي للحالة جعله في حال من التوتّر، وكذلك الأمر بالنسبة إلى ابنه الذي كان حاضرا، فقد تساءل عما إذا كان من الحكمة اتخاذ خطوات بطوليّة، هذه الملاحظة لم تسرّ لازاروف على الإطلاق.

لذلك قال لازاروف: «لا تيأسوا من حياتي. امنحوني كلّ فرصة متاحة من الحياة». وبعد أن خرجت من الغرفة، وفي يدي الورقة التي عليها توقيع لازاروف، أخذني ولده جانبا، فأخبرني أن والدته توفّيت وهي تتنفّس من خلال جهاز التنفّس الاصطناعي في غرفة العناية المركزة، وكان تعليق والده وقتها أنّه لا يريد أن يحدث له الشيء نفسه، لكنه أصبح الآن يصرّ على «فعل أيّ شيء».

شعرت وقتها ولاأزال أشعر بأنّ السيد لازاروف قد أساء الاختيار. لم يسئ الاختيار بسبب كلّ الأخطار التي تنطوي عليها العمليّة، ولكن لأنّ العملية لم يكن فيها احتمال أن توفّر له ما كان يريده حقّا: ضبط خروجه، وقوّة جسمه، وأن يستعيد الحياة التي كان يحياها من قبل. كان يطارد أمرا أكثر واقعية من الحلم بقليل وهو على شفير موت بطيء ومخيف، وهذا ما لاقاه فعلا.

لو نظرنا إلى العملية من الناحية التقنية لقلنا إنّها كانت ناجحة، فقد ظلّ الفريق الجراحي يعمل مدة تزيد على ثماني ساعات ونصف الساعة حتى أزال الكتلة التي أصابت عموده الفقري وأعاد تعويض الفقرات المفقودة بأسمنت أكريليكي (acrylic). كانت النتيجة أن زال الضغط عن عموده الفقري، ولكنه لم يتعافَ على الإطلاق من مجموع الإجراءات. ففي غرفة العناية المركزة، أصيب بفشل في جهاز التنفس، وبالتهاب مجموعي (systemic infection)، وبجلطات دموية بسبب عدم الحركة، ومن ثمّ بالنزيف بسبب العلاجات التي أُعطيها لتمييع دمه والتغلب على الجلطات. كنّا نشعر في كلّ يوم بأنّنا نواجه فشلا أشدّ، حتّى اضطررنا أخيرا إلى أن نقرّ بأنّه يموت. وفي اليوم الرابع عشر أمر ولدُهُ الفريقَ الطبّي بالتوقف عن المحاولة.

أُسندت إليّ مهمّة أن أقطع عن لازاروف جهاز التنفس الاصطناعي والذي كان يبقيه حيّا. راجعت أوّلا ستّالة المورفين للتأكد من أنّها تنقط باستمرار، حتى لا يعاني لازاروف من ضيق انقطاع التنفس. انحنيت قريبا منه، وقلت له، معتمدا على احتمال أن يسمعني، إنّني سأسحب أنبوب التنفس من فمه. سعل مرّتين حينما سحبت الأنبوب، وفتح عينيه برهة قصيرة، ثم أغلقهما. ثمّ أصبح تنفسه عسيرا عليه، ثمّ توقّف. ووضعت سمّاعة الطبيب على صدره وسمعت دقّات قلبه تخفت حتى التلاشي.

كنت قد كتبت قصّة لازاروف هذه منذ أكثر من عشر سنوات، وأكثر ما يدهشني الآن ليس أن قراره كان خاطئا تماما، بل إنه إلى أيّ حدّ كنا نتجنّب أن نخبره بأمانة عن الخيار الذي أمامه. لم تكن أمامنا صعوبة في توضيح الأخطار المحدّدة التي تنطوي عليها خيارات العلاج المختلفة، ولكنّنا لم نبيّن على الإطلاق حقيقة مرضه. لقد شاهده مختلف الأطباء: أطباء الأورام، وأطبّاء الأشعّة، والجرّاحون وغيرهم، كلّهم رأوه على مدى شهور معالجته في حالة هم يعلمون أنّها غير قابلة للشفاء، فلم ننجح في أن نلزم أنفسنا بمناقشة الواقع العام حول حالته، أو الحدود النهائيّة لقدراتنا، دعك من بحث ما الذي يهمّه بالدرجة الأولى وهو يقترب من اللحظات الأخيرة في حياته. فإذا كان ما يسعى إليه حلما، فإنّنا لم نكن خيرا منه في ذلك، فها هو في المستشفى، يشلّه إلى حدّ غير يسيرٍ مرض السرطان الذي انتشر في كلّ أرجاء جسمه، وفرصة عودته إلى ما يشبه الحياة التي كان يحياها منذ أسابيع قليلة فقط لا تزيد على الصفر. ومع ذلك لم يظهر أنّنا نقرّ بذلك، ولم نُظهر له أيّ نوع من القبول لحالته أو الإرشاد حول السلوك الصحيح. لم نقدّم إلا المزيد من المعالجة، على أمل أنّنا سننجح في عمل شيء باهر.

لم يكن ما فعلناه يتجاوز كثيرا الشيء البدائي الذي قدّمه أطبّاء إيفان إيلييتش في القرن التاسع عشر، بل إنّ ما قدمناه كان أسوأ، وذلك بالنظر إلى مقدار العذاب الجسميّ الذي عرّضنا مريضنا له. فالذي فعلناه يجعل المرء يتساءل من هم البدائيّون، نحن أم أطبّاء إيفان إيلييتش.

لقد غيرت إمكانيّات العلم الحديث مسيرة الحياة بشكل عميق، فالناس يعيشون أطول، ويعيشون حياة أفضل مما كانوا يعيشون في أيّ وقت من أوقات

التاريخ. ولكنّ التقدّم العلميّ جعل أحوال الشيخوخة والموت أحداثا طبيّة، جعلها أمورا يجب أن يتعامل معها المتخصّصون بالعناية الصحيّة. غير أنّنا أثبتنا في عالمنا، عالم الطبّ، أنّنا غير جاهزين إلى مدى مفزع للتعامل مع هذا الواقع.

لقد بقينا نخفي هذا الواقع إلى حدّ بعيد، وذلك بما يوازي إخفاء المراحل الأخيرة من الحياة في أذهان الناس. كانت أكثر حالات الموت في فترة ليست قبل العام 1945 تحدث في البيت[3]، بينما لم يبقَ بحلول الثمانينيّات من القرن العشرين سوى 17 في المائة من حالات الوفاة تحدث في البيت[4]. والذين يموتون في منازلهم يحتمل أنّ وفاتهم حدثت بشكل فاجأ الأهل أو المريض إلى حدّ أنّه لم يكن بالإمكان نقله إلى المستشفى – كما يحدث مثلا في نوبة القلب الشديدة، أو الجلطة الدماغيّة، أو من حادث كبير ومفاجئ – أو أنّ منطقة المريض كانت منعزلة إلى حدّ أنّه لم يكن بالإمكان وصوله إلى حيث توجد المساعدة الطبيّة. لقد انتقلت حالات الشيخوخة المتقدّمة والموت إلى المستشفى وبيوت التمريض «nursing homes»[5]، ليس في أنحاء الولايات المتحدة فقط، بل في كلّ أنحاء العالم الصناعيّ.

فحينما أصبحت طبيبا انتقلتُ إلى خبرة أخرى بمجرّد أنّني خطوت إلى الطرف الآخر من خارج أبواب المستشفى إلى داخلها، فعلى الرغم من أنّني نشأت في كنف والدين طبيبين، كان كلّ شيء ألاقيه في حياتي بوصفي طبيبا أمرا جديدا عليّ. لم أكن قد رأيت شخصا يموت على الإطلاق، وحينما رأيت ذلك أوّل مرّة كان الأمر صادما بالنسبة إليّ. لم يكن ذلك لأنّني فكرت أنّني سأواجه الفناء يوما ما.. لسبب ما لم تخطر هذه القضية على بالي أصلا، حتّى حينما كنت أرى أناسا في عمري يواجهون الموت. كان الفرق بيني وبينهم أنّني ألبس معطف الطبيب، وهم يلبسون الزيّ الخاصّ بالمرضى، ولم أكن أتصوّر الأمر من وجهتهم تصورّا واضحا، بأن أكون أنا الذي يواجه الموت. بينما كان من الممكن أن أتصوّر أفراد عائلتي يواجهون هذه الحالة – فقد رأيت العديد من أفراد أسرتي: زوجتي ووالديّ وأولادي – يعانون أمراضا خطيرة، كان يمكن أن تودي بحياتهم. ولكنّ المعالجة الطبيّة نجحت في إنقاذهم، حتّى في وجه الظروف القاسية. فالصدمة التي كنت أواجهها إذن كانت تتمثّل في أن أرى الطبّ وهو يفشل في إنقاذ المرضى. كنت أعلم من الناحية النظريّة طبعا أنّ من أعالجهم من المرضى يمكن أن يواجه الموت، ولكنّ كل حالة موت لأحد مرضاي كانت

تبدو خرقا للقاعدة فعلا، وكأنّ حدوث الموت يكسر القواعد التي نعمل بموجبها. لم أكن أعلم ماذا أسمّي اللعبة التي نلعبها، ولكن كان يبدو لعقلي أنّها لعبة يجب أن نفوز فيها كلّ مرّة.

غير أنّ كلّ طبيب وممرّضة سيواجهان حالات الاحتضار والموت في أوّل حياتهما المهنيّة. تتمثل ردود أفعال بعضهم على هذه المواقف في البكاء في المرّات القليلة الأولى، وبعضهم يصرف اهتمامه عنها (كأنّه يغلق منافذ عقله)، وبعضهم لا يكاد يلاحظها. أمّا أنا فحينما واجهت حالات الموت الأولى فقد كنت شديد الحذر كي لا أسمح لنفسي بالبكاء. ولكنّي رأيت تلك الحادثة بعدها في منامي، فقد كنت أرى كوابيس متكرّرة أصادف فيها جثث مرضاي في بيتي؛ بل في سريري نفسه.

وكنت أتساءل وقتها فزعا: «كيف حدث أن وصلت الجثة إلى هنا؟»

كنت أعلم وأنا في نومي أنّني سأواجه مشكلة كبيرة، بل ربّما أواجه اتّهامات جنائيّة، إذا لم أسرع في إعادة الجثّة إلى المستشفى من دون أن يلاحظني أحد. أحاول في نومي أن أنقلها إلى صندوق سيّارتي، ولكنّها أثقل من اللازم. أو قد أنجح في إيصالها إلى صندوق السيارة، ولكنّ الدم يبقى يتسرّب منها مثل البترول حتى يفيض من صندوق السّيّارة. بل قد أنجح في إيصال الجثّة إلى المستشفى ووضعها على النقالة ذات العجلات، وأدفعها من قاعة إلى قاعة، أحاول أن أجد الغرفة التي كان فيها المريض، ولكنّي أخفق في ذلك. وعندها أسمع شخصا يصيح: «قف في مكانك!» ثمّ يجري خلفي. وعندها أصحو وأجد زوجتي جانبي في الظلام، وجسمي متخشب وقلبي في خفقان. كنت أشعر كأنّني قد قتلت أولئك الأفراد: أشعر بالإخفاق.

ليس لنا بالطبع أن نقول إن الموت إخفاق؛ فالموت حادث طبيعي. قد نرى في الموت عدوّا، ولكنّه حقيقة لا مفرّ منها من حقائق الوجود. كنت أعلم هذا باعتباره حقيقة مجرّدة، ولكن لم تكن هذه الحقائق واضحة لي بشكل ملموس؛ أي أن هذه الحقائق لا تنطبق على كلّ إنسان فقط، ولكنّها تنطبق على هذا الشخص الذي يتمدّد أمامي، الشخص الذي أنا مسؤول عنه.

كان الجرّاح الراحل شيروين نيولاند Sherwin Nuland قد تشكّى في كتابه الرائع «كيف نموت؟» «How We Die?» قائلا: «كان انتصار الطبيعة بالموت بوصفه أمرا لا مفرّ منه في نهاية المطاف شيئا متوقّعا ومقبولا عند الأجيال السابقة لنا. كان

الأطبّاء على استعداد أكثر منّا بكثير لأن يقرّوا بمؤشّرات الهزيمة وأقلّ غرورا بكثير منّا في عدم إنكارهم الهزيمة أمام الموت»[6]. ولكن ها أنا الآن أعاصر القرن الحادي والعشرين، وقد تلقّيت التدريب على استخدام ترسانة ضخمة من التقنيات، غير أنني ألاقي صعوبة في الإدراك الكافي لمعنى أن نكون أقلّ عنجهيّة بمعرفتنا وقدرتنا.

فحينما تتلقّى التدريب بوصفك طبيبا، فأنت تتصوّر أنّك تتلقّى ما يكفي لتكون على أفضل حال من المهارة في مهنتك، وتكون سعيدا بعمق هذه المهارة: إنّ شعورك يشابه شعور النجار الماهر الذي ينجح في ترميم صندوق أثريّ دقيق البنية وإعادته إلى حالته، أو شعور مدرّس الصف الخامس الابتدائيّ وهو يفتح عقل طفل بعد بذل مقدار من الجهد ليدرك فجأة تلك الحقيقة التي تغير تصوّره لكلّ شيء، حقيقة الذرّة. أحد أسباب هذا الشعور أنّك تعلم أنّك استطعت مساعدة الآخرين، ولكنّ هناك سببا آخر هو شعورك بالمهارة الفنّيّة وقدرتك على حلّ مشكلات دقيقة وصعبة. فمهارتك هنا تعطيك شعورا متينا بشخصيتك. لهذا فإنّه لا شيء يهدّد نظرة الطبيب إلى نفسه أكثر من مريض لديه مشكلة لا يستطيع الطبيب حلّها.

إنّ للحياة وجها مأساويّا لا فكاك منه، وهو أنّنا نتقدم في العمر منذ يوم ولادتنا. وقد يمكن للفرد أن يتفهّم ويتقبّل هذه الحقيقة، فلم أعد مثلا أعاني أشباح مرضاي الذين توفّوا أو قاربوا الوفاة في أحلامي، ولكنّ هذا لا يعني أنّ الطبيب يعلم كيف سيتكيّف مع مجيء الموت حينما يكون أمرا لا مفرّ منه. إنّني في مهنة تحقّق النّجاح لأنّها تستطيع أن تعيد المريض إلى عافيته، فنحن نعلم بالضبط ما علينا أن نفعله حينما يكون المريض قابلا للشفاء. ولكن ما هو موقفنا حينما لا يكون قابلا للشفاء؟ إنّ من دواعي القلق هنا أنّنا لا نملك جوابا شافيا عن هذا السؤال، وأنّ هذا سبّب مقدارا من القسوة وقلّة الشعور الإنسانيّ، وسبّب للمرضى مقدارا كبيرا من المعاناة.

لقد مرّت عقودٌ فقط على هذا الوضع منذ أن أصبح الفناء جزءا من العمليّة الطبيّة، فهي حالة حديثة لاتزال في أولى مراحلها، ولكنّ هناك من الأدلّة ما يشير إلى أنّنا لم ننجح في التعامل معها.

هذا كتاب عن تجربة الفناء الحديثة، عمّا يعنيه كوننا مخلوقات تشيخ ثمّ تموت، وكيف غيّر الطبّ هذه التجربة، وأين توقّف عن تغييرها، وما الأفكار الخاطئة التي حملناها حول نهاية الإنسان المحتومة، وكيف نتعامل مع هذه النهاية. فها أنا

نفسي بعد أن أمضيت عقدا من الزمان في عملي جرّاحا، وبينما أدخل عمر الكهولة، أجد أنّني لا أنا ولا مرضاي نتقبّل وضعنا الحاليّ. ولكنّي أجد أنّه ليس هناك من أجوبة واضحة، بل إنني لا أدري إن كان من الممكن التوصّل إلى أجوبة مرضية. ولكنّ عندي من الثقة، بوصفي كاتبا وبوصفي محترفا، ما يجعلني أؤكّد أنّنا إذا أزحنا الغطاء ونظرنا نظرة فاحصة يمكن لأحدنا أن يتوصّل إلى فهم الوضع ولو كان أشدّ ما يكون تشويشا أو غرابة أو بعثا على الاضطراب.

لا حاجة إلى أن تقضي وقتا طويلا مع كبار السنّ أو المصابين بمرضٍ لا برء منه حتّى تلاحظ كم يعجز الطبّ عن مساعدة الأفراد الذين يفترض أنّه سيساعدهم. فنحن نمضي آخر أيام حياتنا في محاولات للعلاج تشوّش دماغنا وتستنزف قوانا في البحث عن أدنى جزيء من الفائدة، وكثيرا ما نمضي تلك الأيّام في مؤسّسات – في بيوت التمريض أو في مراكز العلاج المركّز – في مكان نخضع فيه لروتين صارم مجهول المصدر يفصلنا تماما عن كلّ ما له قيمة في الحياة. وهذا النفور من إجراءٍ دراسة أمينة لتجربة الشيخوخة التي تنتهي بالموت قد زاد من الأذى الذي نسبّبه للنّاس وحرماننا إيّاهم من الراحة الأساسيّة التي هم في أشدّ الحاجة إليها. فلأننا لا نملك رؤية واضحة للطريقة التي قد يمكن للناس أن يعيشوا من خلالها حياة ناجحة على طول الخطّ، وحتى آخر لحظة، سمحنا لأقدارنا أن تتحكّم فيها مقتضيات الطبّ والتقنية والغرباء.

لقد كتبت هذا الكتاب على أمل فهم ما الذي حدث. فالفناء قد يكون موضوعا لا يمكن السيطرة عليه. ويفزع بعض الناس من مواجهة ذلك الوقت الذي يكتب الطبيب فيه عن أنّ تدهور حالة فلان ووفاته محتومان. يرى الكثيرون أنّ مثل هذه العبارة، مهما صيغت بعناية، نذير شؤم بمجتمع يُعدّ نفسه للتضحية بالمرضى والمسنّين. ولكن لنتساءل: وماذا لو كان المسنّون مضحّى بهم فعلا؟ أي أنهم ضحايا رفضنا قبول دورة الحياة التي علينا أن نحياها والمفروضة علينا بما فيها الموت؟ وماذا لو كانت هناك خيارات أفضل، خيارات موجودة أمام أعيننا، تنتظر أن نلاحظها؟

الذات المستقلة

لم أشهد خلال نشأتي أي مرض خطير، ولا لاقيت صعوبات سن الشيخوخة؛ فقد كان والداي، وكلاهما طبيب، يتمتعان بلياقة الجسم والصحة. كان كلاهما مهاجرا من الهند، وقد ربيانا، أنا وأختي، في مدينة أثينا الصغيرة التي هي من المدن الجامعية في ولاية أوهايو؛ فلم يكن جداي يعيشان على مقربة منا، بل كانا على بعد شديد عنا. وكان الشخص الوحيد الطاعن في السن الذي ألاقيه بانتظام هو امرأة تعيش على بعد ما في الشارع نفسه الذي نعيش فيه، وهي امرأة كانت تعطيني دروسا في عزف البيانو حينما كنت في المدرسة المتوسطة. وقد مرضت هذه المرأة فيما بعد، واضطرت إلى

«إن توقيرنا للاستقلالية لا يُدخل في حساباته أنه سيأتي عاجلا أو آجلا يوم تصبح الاستقلالية فيه مستحيلة»

الانتقال من شارعنا، ولكن لم يخطر ببالي أن أتساءل: إلى أين انتقلت، ولا ماذا حصل لها؟ إن خبرة سن الشيخوخة في عصرنا الحديث كانت خارج إدراكي تماما.

غير أني بدأت في سني الجامعة أواعد فتاة تسمى كاثلين تعيش في مجمع الطلبة نفسه الذي أعيش فيه، وقد لاقيت جدتها في أثناء زيارتي إلى بيتهم في مدينة ألكساندريا في فرجينيا بمناسبة عيد الميلاد للعام 1985، وكانت الجدة، واسمها أليس هوبسن، في سن السابعة والسبعين. وقد فاجأتني هذه الجدة بروحها الحيوية وعقلها المستقل. لم تحاول قط أن تواري سنها المتقدمة؛ فقد تركت شعرها الأبيض بلا صبغ، وكانت تسرحه بالفرشاة في انسدال مستقيم، وتجعل الفرق بحيث يكون أكثره على جانب واحد، وذلك على الطراز المسمى «بيتي ديفيز» Bette Davis. كانت يداها منقطتين ببقع الشيخوخة، وكان جلدها متغضنا. كانت ملابسها بسيطة ولكن أنيقة، وهي تشمل بلوزة وفستانا أُحسن كيُّهما، وتضع بعض أحمر الشفاه الخفيف، وكعب حذائها أطول كثيرا مما يُنصح به عادة لمن هم في مثل سنها.

ثم بدأت أعرف تفاصيل أكثر عبر السنين؛ لأن كاثلين كانت هي الفتاة التي تزوجتها فيما بعد، فقد عرفت أن الجدة أليس كانت قد نشأت في بيئة ريفية في بلدة من بلدات ولاية بنسلفانيا معروفة بكثرة مزارع الأزهار والفطر، وأن والدها كان مزارعا يزرع الأزهار، يعتني بزراعة القرنفل والآذريون والأضاليا، موزعة على بيوت محمية تبلغ مساحتها عددا من الفدادين. كانت أليس وإخوتها وأخواتها أول من دخل الجامعة من تلك العائلة. وقد لاقت أليس في جامعة ديلاوير Delaware ريتشموند هوبسن، وهو طالب في الهندسة المدنية، لكنهما لم يستطيعا تحمل تكاليف الزواج إلا بعد ست سنوات من التخرج؛ لأن تلك الفترة كانت فترة «الأزمة الاقتصادية الكبرى»(*). وفي السنين الأولى بعد الزواج كان ريتشموند وأليس يكثران التنقل وفق ما يقتضيه العمل. وقد رُزقا طفلين، وهما جيم الذي أصبح فيما بعد والد زوجتي، ثم تشاك. وقد عمل ريتشموند - فيما بعد - مع سلاح الهندسة في الجيش، وأصبح خبيرا في إنشاء السدود والجسور الكبرى. ثم رقي بعد ذلك بعشر سنوات ليصبح من مساعدي رئيس سلاح الهندسة، وبهذا استقر في إدارة

(*) خلال الفترة من العام 1929 إلى العام 1941. [المحرر].

هذا السلاح الواقعة خارج واشنطن العاصمة، وقد بقي ريتشموند في ذلك المقر كل فترة عمله الباقية، وقطن هو وأليس في آرلينغتون Arlington، واقتنيا سيارة، وكانا يقومان بجولات استكشاف للطرق، ربما تأخذهما إلى مسافات بعيدة، كما أنهما تمكنا من ادخار بعض النقود. وفيما بعد استطاعا أن ينتقلا إلى بيت أكبر، واستطاعا إرسال ولديهما النابهين إلى الجامعة، من دون حاجة إلى قروض.

ثم أصيب ريتشموند في أحد أسفار العمل التي قام بها إلى سياتل بنوبة قلب مفاجئة. كان ريتشموند قد تعرض لذبحة صدرية من قبل، وهو يتناول حبوب نتروجليسرين Nitroglycerin للتخلص من نوبات ألم الصدر التي تأتيه بين حين وآخر، ولكن نوبة القلب حدثت في العام 1965، حين لم يكن لدى الأطباء الكثير ليعملوه حيال مرض القلب، وهكذا توفي في المستشفى قبل أن تستطيع أليس الوصول. لم يكن عمر ريتشموند حينما توفي إلا ستين عاما، بينما كانت أليس في السادسة والخمسين.

واستطاعت أليس، اعتمادا على المعاش الذي تتلقاه من سلاح الهندسة في الجيش، أن تبقى في بيتهما في آرلينغتون، وحينما لاقيتها كانت تعيش وحدها منذ عشرين عاما في ذلك المنزل، في شارع غرين كاسل. لم يكن والد زوجتي جيم وزوجته نان بعيدَين عنها، ولكن أليس كانت تعيش حياة مستقلة تمام الاستقلال. كانت تجز عشب المرج أمام بيتها بنفسها، وتصلح المواسير في بيتها بنفسها أيضا، كما كانت تذهب إلى الصالة الرياضية مع صديقتها بولي. وكانت تحب أن تشتغل بالصنارة وتخيط الملابس وتصلحها، وتصنع الوشاحات وجوارب عيد الميلاد المعقدة باللونين الأحمر والأخضر لكل فرد من أفراد العائلة، جوارب لا ينقصها حتى أنف «بابا نويل» المصنوع من زر، واسم صاحب الجورب قد غزل على رأسه. نظمت أليس أيضا مجموعة لها اشتراك سنوي لحضور عروض الأداء في «مركز كينيدي لفنون الأداء الاستعراضي» (The Kennedy Center For The Per Forning Arts). كانت أليس تقود سيارتها الكبيرة من نوع «شيفروليه إيمبالا في 8» (Chevrolet Impala V8)، وتضع تحتها وسادة حتى ترفعها بما يكفي لترى طريقها من فوق مقدمة السيارة. وكانت تقوم بالمهمات التي لا بد منها، وتزور أفراد العائلة، وتساعد الأصدقاء بنقلهم حيث يشاءون، كما كانت توصل الوجبات المعدة لأشخاص يعانون صعوبات جسمية أشد منها إلى بيوتهم.

وبمرور السنين صرنا نتساءل أكثر وأكثر: كم تستطيع أليس أن تصمد وتستمر في مثل تلك الحياة؟ كانت ضئيلة الجسم، لا يزيد طولها على 153 سنتيمترا أو أقل. كانت تلتهب غيظا حينما يلمح أحدهم إلى هذه الحقيقة عن جسمها؛ فقد كانت تفقد بعض طولها وبعض قوتها عاما بعد عام. وحينما تزوجتُ حفيدتها كاثلين أشرق وجه أليس سرورا وضمتني بحرارة، معبرة عن شدة استمتاعها بحفلة الزفاف، ولكنها اعتذرت عن مراقصتي لأن التهاب المفاصل يمنعها من ذلك، غير أنها حتى بعد ذلك بقيت في منزلها، تخدم نفسها بنفسها.

وحينما لاقاها والدي تعجب عندما عرف أنها تعيش وحيدة. كان والدي طبيب مسالك، ويعني هذا أن كثيرا من مرضاه كانوا في سن متقدمة، وكان يزعجه دائما سماع أن أحدهم يعيش وحده. كانت وجهة نظره تقتضي أنه حتى لو لم تكن للشخص المتقدم في العمر احتياجات شديدة حتى الآن، فإنه لا مفر من حصول مثل تلك الاحتياجات بمرور الوقت. وبما أن والدي نشأ أصلا في الهند، فقد تشرب الشعور بأن العائلة مسؤولة عن احتواء من تقدموا في السن، ومصاحبتهم والاعتناء بهم. ومنذ وصول والدي إلى نيويورك في العام 1963، ليقضي فترة «الطبيب المقيم»، تبنى تقريبا كل جانب من جوانب الثقافة الأمريكية. تخلى مثلا عن كونه نباتيا في غذائه، واكتشف مواعدة الفتيات. بدأ يواعد فتاة تقضي فترة «الطبيبة المقيمة» في طب الأطفال، ولكنها من منطقة في الهند لا يتحدث أهلها اللغة الأم لوالدي. وحينما تزوج والدي من تلك الطبيبة، من دون أن يترك أمر ترتيب الزواج لجدي، استنكرت العائلة هذا السلوك، ثم أصبح والدي متحمسا للعبة التنس، وأصبح رئيسا لنادي الروتاري Rotary Club(*) المحلي، ومصدرا للنكت غير المؤدبة. ومر به يوم شعر فيه بفخر لا حد له، وذلك في الرابع من يوليو 1976، وهو الذي يصادف الذكرى المئوية الثانية لنشوء الولايات المتحدة؛ فقد حصل في ذلك اليوم على الجنسية الأمريكية، بحضور المئات من الناس الذين كانوا يصفقون ويهللون في مدرج الرياضة المسقوف الواقع في معرض مقاطعة أثينا (Athens Country Fair)، بين مزاد الخنازير ومضمار السيارات القديمة

(*) مؤسسة لخدمة المجتمع وتوثيق الصلات بين أصحاب التخصصات المختلفة. [المحرر].

Demolition Derby. لكن والدي لم يشعر بالراحة قط تجاه طريقة معاملتنا لكبار العمر ذوي الأجسام الواهنة؛ وذلك حينما يرانا نهجرهم ليعيشوا منفصلين، أو نودعهم في منشآت كثيرة ليس فيها أحد يعرفونه ويعرفهم، حيث يقضون آخر أيام وعيهم بين الممرضات والأطباء الذين يكادون لا يعرفونهم حتى بأسمائهم. كان هذا مختلفا أشد الاختلاف عن العالم الذي نشأ فيه والدي.

عاش جدي، والد أبي، حياة العجوز التقليدية التي تبدو في عيون الغربيين حياة مثالية. كان جدي، واسمه سيتارام غواندي، مزارعا في قرية تسمى أوتي Uti، على بعد نحو أربعمائة وثمانين كيلومترا إلى الداخل من بومباي، وهي المكان نفسه الذي ظل أجدادنا منذ قرون يفلحون فيه الأرض. وأذكر زيارتي له مع والدي وأختي في الفترة نفسها تقريبا التي التقيت فيها أليس، وكان عمره آنذاك أكثر من مائة عام. لقد كان أكبر عمرا بكثير من كل الذين عرفتهم. كان يمشي وفي يده عكاز، وجسمه محني كأنه سنبلة من سنابل القمح. كان سمعه ضعيفا إلى حد أنه كان على من أراد أن يكلمه الصياحُ في أذنه عبر بوق مطاطي، وكان جسمه ضعيفا، إلى حد أنه كان لا بد من مساعدته أحيانا للقيام من مجلسه. لكن جدي كان يتحلى بالوقار، على رأسه عمامة بيضاء لُفت بإحكام، ويلبس سترة صوفية ضيقة من المعينات المتعددة الألوان مكوية، وعلى عينيه نظارة سميكة العدسات من طراز قديم، كالتي كان يلبسها مالكوم - إكس. كانت العائلة تحيط به وتعتني به طوال الوقت، وتعطيه ما يستحق من التبجيل، لا أقول «على الرغم من أنه طاعن في السن»، بل «لأنه طاعن بالسن». كانت العائلة تستشيره في كل أمر ذي شأن: في أمور الزواج، والنزاعات بشأن الأراضي، والقرارات التجارية. لقد كان يحتل مكانة مرموقة في العائلة. فحينما كانوا يتناولون الطعام، فإن الجد أول من يتلقى الخدمة، وحينما كان أحد من جيل الشباب يدخل البيت، فإنه ينحني حتى يلمس قدمي الجد في خشوع.

لو كان جدي في أمريكا، فأنا أكاد لا أشك في أنه كان سيوضع في بيت التمريض (دار للعناية بالمسنين)؛ فلدى المتخصصين في شؤون الصحة نظام رسمي للتصنيف، يحدد من خلاله مستوى الأداء لدى الفرد؛ فإذا لم يكن الفرد يستطيع، ومن دون مساعدة، أن يستخدم المرحاض، وأن يأكل، ويلبس ثيابه، ويغتسل، ويعتني بمظهره، وينهض من فراشه، وينهض من كرسيه، ويمشي - وهي ما تسمى «نشاطات الحياة

اليومية الأساسية الثمانية» - فهو يصنف على أنه لا يمتلك القدرات الأساسية ليعتبر مستقلا من الناحية الجسمية. وإذا كان الفرد لا يستطيع أن يذهب ليشتري حاجاته من دون مساعدة، وأن يعد طعامه، وأن يعتني ببيته، وأن يغسل ثيابه، وأن يضبط ويتناول أدويته، وأن يتصل بالهاتف، وأن يسافر، وأن يضبط تعامله بالنقود - وهي ما تسمى «نشاطات الحياة المتقدمة أو المستقلة الثمانية» - فإنه يصنف على أنه لا يملك القدرة على العيش وحيدا بشكل آمن.

فوفق هذه القواعد لم تكن لدى جدي قدرة إلا على أداء بعض المهمات الأساسية للحياة المستقلة، وعدد أقل من المهام المتقدمة للحياة اليومية. لكن هذا القصور لم يكن مشكلة كبيرة في الهند، فلم تكن العائلة تشعر بوجود أزمة ملحة تدعو إلى الاجتماع، ولم تكن تثار مناقشات بائسة بشأن ما يجب أن يعمل بصدد حالته. كان واضحا للعائلة أن الجميع سيفعل ما يجب حتى يعيش جدي كما يحب. كان أحد أخوالي يعيش هو وأسرته مع جدي، وبوجود حشد لا بأس به من أبنائه وأحفاده وبنات أخيه وأبناء أخيه بالقرب منه، كان من المؤكد أن يجد جدي على الدوام من يساعده.

هذا النظام العائلي مكن جدي من العيش بطريقة يندر أن ينالها المسنون في المجتمعات الحديثة؛ فقد مكنته الأسرة – مثلا - من أن يُبقي في يده ملكية المزرعة التي كان قد أنشأها من الصفر وإدارتها، بل إنه أنشأها من أقل من الصفر في الواقع، هذا لأن والده كان قد فقد كل ما يملك إلا فدانين من الأرض مرهونين، وثورين نحيلين من قلة الغذاء، وكل ما عدا ذلك كان قد فقده حين انتقلت أملاكه إلى شخص يعمل في إقراض المال، بعد أن كان الحصاد سيئا في إحدى السنين. ثم توفي والد جدي تاركا سيتارام، ابنه الأكبر، ليسدد الديون. وهكذا اضطر سيتارام، وعمره ثمانية عشر عاما وكان قد تزوج حديثا، أن يستأجر عمالا يعملون بموجب عقود ليحرثوا هذه الأرض الصغيرة المتبقية للعائلة، والتي تبلغ مساحتها فدانين لا أكثر. لقد مرت أيام لم يكن لديه هو وعروسه من طعام إلا الخبز والملح، وعصف الجوع بهما حتى كاد يقضي على حياتهما. لكنه ثابر وصلى، وتحقق له مراده؛ فقد كان الحصاد التالي مدهشا، مما مكنه - علاوة على وجود ما يكفي من طعام لوجبات العائلة - من أن يدفع ديونه. وتتالت السنون، واستطاع سيتارام أن يوسع

أرضه من فدانين إلى أكثر من مائتي فدان. لقد أصبح أحد أغنى أصحاب الأراضي في القرية، وصار يُقرض الناس بدلا من أن يقترض منهم. تزوج سيتارام ثلاث نساء، ولكنهن توفين جميعا وهو حي، ورُزق ثلاثةَ عشر طفلا. كان جدي يهتم بالتعليم، وبالجد في العمل، والتوفير في الإنفاق، وأن تكسب ما يكفيك، وأن تفي بوعدك، وأن تلزم الآخرين بأن يفوا كذلك بوعودهم. ظل جدي طوال حياته يستيقظ قبل الشروق، ولا يأوي إلى فراشه حتى يقوم بجولته التفقدية المسائية على متن جواده، ينظر فيها إلى كل فدان من أرضه. وظل يصر على هذه الجولة التفقدية حتى بعد أن بلغ مائة عام. كان أعمامي يحسون بالقلق من أن يقع من فوق الحصان، فقد كان ضعيف الجسم وقليل الثبات، ولكنهم كانوا يعلمون أن هذه الجولة مهمة بالنسبة إليه. ولذلك اشتروا له حصانا أصغر حجما، واهتموا بأن يكون معه في كل مرة من يصحبه في جولته. لقد استمر سيتارام في أداء جولته التفقدية على حقوله إلى السنة التي توفي فيها.

لو كان جدي يعيش في الغرب، لاعتبرت هذه العادة شيئا سخيفا، ولقال أطباؤه إن هذا سلوك غير آمن. ولو أنه أصر على عادته، ثم وقع، وحُمِل إلى غرفة الإسعاف، وقد كسرت وركه، فإن المستشفى لم يكن ليسمح له بالعودة إلى البيت، ولأصر على أن يأوي إلى بيت التمريض. أما في العالم ما قبل المعاصر الذي عاش فيه جدي فإن طريقة حياته يجب أن تكون من اختياره هو، وواجب العائلة هو أن تهيئ الظروف لتمكينه من ذلك.

ثم توفي جدي أخيرا عن عمر بلغ نحو مائة وعشر سنوات. كانت وفاته إثر اصطدام رأسه في أثناء سقوطه من الحافلة. كان يومها ذاهبا إلى المحكمة في بلدة قريبة لأمر يتعلق بعمله، ومثل هذا النشاط يبدو كالجنون، ولكن جدي كان يعتبر مثل هذه المتابعة أولوية. تحركت الحافلة في اللحظة نفسها التي كان فيها جدي ينزل منها، ووقع جدي على الرغم من وجود أحد أفراد العائلة معه. هناك احتمال شديد أنه أصيب بـنزف داخل الجمجمة (subdural hematoma). نقله عمي إلى البيت، ولكنه ظل يذوي على مدى اليومين التاليين حتى كانت النهاية. لقد عاش بالطريقة التي يرغب فيها، والعائلة تحيط به وترعاه حتى آخر لحظة من حياته.

هذا الذي نقلته من حياة سيتارام غواندي كان هو الوضع السائد على مدى أغلب التاريخ البشري، للأفراد القليلين الذين قدر لهم أن تستمر حياتهم حتى الشيخوخة؛ فقد كان كبار السن يتلقون العناية ضمن أسر تضم العديد من الأجيال، فكثيرا ما كنت تجد أسرة من ثلاثة أجيال يعيشون تحت سقف واحد. وحتى بعد أن حلت العائلة النووية - من أم وأب وبضعة أطفال - محل العائلة الممتدة (وهو ما حدث في أوروبا منذ بضعة قرون)، فإن كبار السن لم يكونوا يُتركون ليواجهوا ضعفهم وأسقامهم من دون مساعدة من الآخرين[1]. كان الأطفال عموما يغادرون البيت حالما يصلون إلى السن التي يمكنهم فيها أن يتزوجوا وينشئوا عائلة جديدة. ولكن كان يبقى في العادة واحد من الأطفال، وغالبا ما تبقى البنت الصغرى في بيت الوالدين، إذا عاش الوالدان إلى أن بلغا الهرم[2]. كان هذا مثلا نصيب الشاعرة إيميلي ديكنسون Emily Dickinson[3]، في بيت العائلة في أمهيرست Amherst، بولاية ماساتشوستس Massachusetts، وذلك في أواسط القرن التاسع عشر. فقد غادر أخوها الأكبر المنزل، وتزوج، وبدأ إنشاء أسرته الخاصة، بينما بقيت هي وأختها الصغرى مع والديهما حتى وفاة هذين الوالدين. لكن كان من نصيب إيميلي أنّ والدها عاش حتى سن الحادية والسبعين، وكانت إيميلي وقتها في الأربعينيات من عمرها. بل إن والدتها عاشت حتى بعد ذلك. وهكذا حكمت هذه الظروف بأن تبقى إيميلي وأختها في بيت العائلة حتى نهاية الحياة.

ومهما قلنا عن اختلاف حياة والدي إيميلي ديكنسون في أمريكا عن حياة سيتارام غواندي في الهند، فإن كلا الطرفين اعتمد على نظام حياة متشابه في ميزة تمتع كبار السن بحل بسيط للعناية بهم. في مثل تلك الحياة لم تكن هناك حاجة إلى ادّخار مبلغ كافٍ لنقل الشخص المسن إلى بيت التمريض، أي مركز العناية بالكبار، أو لتأمين الطعام المنقول بالسيارات. كان من المتفاهم عليه أن الوالدين سيبقيان بكل بساطة في بيتهما، ويساعدهما في شؤون الحياة واحد أو أكثر من الأطفال الذين يعود فضل تربيتهم إلى أولئك الآباء والأمهات. غير أنّنا نجد الصورة مختلفة تماما في المجتمعات المعاصرة، حيث نجد أنّ سن الشيخوخة وما ترافقها من متاعب جسمية قد انتقل من كونه من مسؤولية عدد من الأجيال إلى كونه مسألة شخصيّة بشكل ما، أي إلى حالة يعانيها العجوز وحده إلى حد كبير، أو بمساعدة الأطباء والممرضات ومراكز العناية بالمسنين.

فكيف حدث هذا؟ كيف تحولت الحياة من حياة سيتارام غواندي إلى حياة أليس هوبسن؟

يمكن أن يقال، جوابا عن هذا التساؤل، إن معنى الشيخوخة نفسه قد تغير. ففي الماضي لم يكن كثير من الناس يعيشون حتى سن متقدمة[4]، ومن يعمَّر حتى سن الشيخوخة فإنه كان يؤدي دورا خاصا، وهو أنه يصبح حارسا وأمينا على التقاليد والمعرفة والتاريخ. كان هؤلاء المعمَّرون يحافظون على مكانتهم ومركزهم بوصفهم رأسا للعائلة ويبقون كذلك حتى تأتي منيّتهم. بل إن كبار السن في كثير من المجتمعات لم يكونوا يحظون بالاحترام والطاعة فقط، بل إنه كان لهم دور قيادة الشعائر، وكانوا يمسكون بزمام السلطة السياسية. كان مقدار الاحترام الذي يكسبه الناس لسنهم كبيرا إلى حد أن الناس كانوا يتظاهرون بأنهم أكبر من عمرهم حينما يُسألون عن ذلك، بدل أن يحاولوا الإيحاء بأنهم أصغر من عمرهم. كانت هذه ظاهرة ملحوظة، نالت انتباه علماء الديموغرافيا (علم السكان)، فأطلقوا عليها مصطلح «تكبير العمر» (Age Heaping)، ولذلك يبتكر هؤلاء المختصّون مختلف الحسابات لتصحيح الكذب في إحصاء الأعمار. كما لاحظ علماء الديموغرافيا، أنه حدث تغيّر في اتجاه الكذب عند تطرق الأفراد إلى ذكر أعمارهم في الولايات المتحدة وأوروبا خلال القرن الثامن عشر. فبينما يجنح كثير من الأفراد اليوم إلى تصغير أعمارهم حينما يسألهم موظفو الإحصاء عنها، أظهرت الدراسات الخاصة بالقرون السابقة أن الأفراد كانوا يجنحون إلى تكبير أعمارهم. ففي الماضي كان التوقير الذي يحظى به المسنون شيئا يطمح إليه كل إنسان[5].

لكن الندرة التي كان عليها المسنون لم تعد من سمات الحياة، ففي أمريكا كان مَن أعمارُهم خمسة وستون أو أكثر في العام 1790 أقل من 2 في المائة من السكّان[6]؛ بينما يبلغ من هم في هذا العمر الآن 14 في المائة من السكان[7]، كما تتجاوز نسبة من هم في تلك السن في ألمانيا وإيطاليا واليابان 20 في المائة من السكان[8]. وتعتبر الصين حاليا الدولة الوحيدة في العالم التي تحتوي على أكثر من 100 مليون ممن هم في سن الشيخوخة[9].

أما عن احتكار كبار السن المعرفة والحكمة[10]، كما كان وضعهم في الماضي، فإن هذا قد تقوّض أيضا، وذلك بفعل تقنيات التواصل بدءا من الكتابة نفسها وامتدادا

إلى الإنترنت وما بعدها. وتخلق التقنية الجديدة مهنا جديدة أيضا، وتحتاج إلى مهارات جديدة، مما أطاح أكثر بقيمة الخبرة الطويلة والحكمة المنوّعة. كنا في الماضي نلجأ إلى من عُمِّر طويلا حتى يعطينا معنى ما يحدث في العالم، أما الآن فنحن نسارع إلى غوغل، وإذا واجهنا صعوبة في التعامل مع الكمبيوتر فإننا نطلب المساعدة من أقرب فتى أو فتاة.

لعل أهم عامل في تغيّر منزلة كبار السن هو أن ازدياد عدد المسنين قد غيّر العلاقة بين الصغار والكبار[11]. ففي الماضي كان الوالدان، إذا بقيا حتى سن متقدمة، يوفران مصدرا رئيسيا وحيويا للاستقرار والنصيحة والرعاية المالية للعائلات الناشئة التي تبحث عن طريق لتأمين حياتها. يضاف إلى هذا أن أصحاب الأراضي كانوا يميلون إلى الاحتفاظ بأراضيهم حتى الموت، ولذلك فإن الابن الذي كان يضحي بكل شيء من أجل العناية بالوالدين يتوقع أن يرث كل البيت وما حوله، أو أن يرث على الأقل نصيبا أكبر من نصيب الابن الذي رحل في وقت سابق. ولكنّ الأمر تغيّر بازدياد عمر الوالدين زيادة ملحوظة، فقد نجم عن هذا مقدار من التوتر: فبدل أن يبقى نظام الأسرة التقليدية مصدرا للأمان، صار مجالا للتنازع حول من له الكلمة فيما يخص الممتلكات، والتمويل، بل حول أشد القرارات مساسا بالأساسيات، أي كيف يستطيع الأبناء والبنات أن يعيشوا.

غير أن التوتر لم يكن قط غائبا عن الحياة في منزل تقليدي كمنزل جدّي سيتارام. يمكن للقارئ أن يتصور كيف كان شعور أعمامي ووالدهم يصل إلى سن المائة، وهم أنفسهم صاروا في سن الشيخوخة، وهم لايزالون ينتظرون أن يرثوا الأرض من جدي ويحصلوا على الاستقلال المالي. لقد سمعت عما يحصل من معارك ضارية في عائلات قريتنا بين كبار السن والأبناء الذين بلغوا سن الرشد، حول المال والأرض. وفعلا ثار في آخر عام من حياة جدي نزاع غاضب بينه وبين عمي الذي كان جدي يعيش معه. لم يظهر في الواقع ما السبب الأصلي للنزاع: لعل السبب هو أن عمي اتخذ قرارا تجاريا من دون أن يرجع إلى جدي؛ أو لعل جدي أراد أن يخرج ولم يكن أحد من العائلة مستعدا للخروج معه؛ أو لعله كان يريد أن ينام والنافذة مفتوحة وهم يريدون أن يناموا والنافذة مغلقة. ومهما كان السبب، فإن نهاية النزاع كانت بمغادرة سيتارام المنزل في غضب شديد، أو (وفق موقف من يروي الحادثة) أنه

أُقفل الباب في وجهه. وفعلا نجح جدي على الرغم من المشقّة في السير إلى مسافة أميال حتى وصل إلى بيت قريب آخر، ورفض أن يعود إلا بعد مرور شهرين.

لقد غير التطور الاقتصادي العالمي الفرص المفتوحة أمام الناشئين بشكل درامي. فازدهار شعوب بأكملها صار يعتمد على استعداد أبنائها لأن ينطلقوا من إسار التوقعات التي تفرضها العائلة وأن يكون للأفراد طريقهم الخاص: أن يقتنصوا المهن التي تلوح أمامهم حيثما كان موقع العمل، وأن يعملوا في المهنة التي تروق لهم، وأن يتزوجوا من يريدون. وهذا هو ما حصل في الطريق الذي شقّه والدي في انتقاله من قريتنا أوتي إلى مدينة أثينا في أوهايو. كان تركُه القرية أصلا بغاية الانضمام إلى الجامعة في مدينة ناغبور Nagpur، ومن ثم سافر إلى الولايات المتحدة ليحصل فيها على فرصة للعمل. وحينما حالفه النجاح صار يرسل إلى البلدة مبالغ تتزايد مرة بعد مرة، وذلك ليساعد في بناء منازل لوالده وإخوته، ولجلب الماء النظيف والهواتف إلى القرية، ولعمل أنظمة ريّ لتأمين الحصول على حصاد معقول حينما يأتي موسم شحيح الأمطار. بل إن والدي بنى كلية ريفية قريبة من القرية أطلق عليها اسم والدته. ولكن لا يمكن إنكار حقيقة هي أنه غادر البلدة ولن يعود.

صحيح أن والدي شعر بالضيق من الطريقة التي تعامل أمريكا بها كبار السن، ولكنّ الطريقة التقليدية التي أمضى جدي بها شيخوخته لم تكن ممكنة إلا لأن إخوة والدي وأخواته لم يغادروا الوطن كما غادره والدي. فنحن نرغب، بنوع من الحنين للماضي، في أن نعيش حياة الشيخوخة نفسها التي عاشها جدي. ولكنّ السبب الحقيقي وراء أننا لا نحيا تلك الحياة هو في نهاية المطاف أننا لا نريد حقّا تلك الحياة. فمسيرة التاريخ واضحة: فلا يكاد الناس يحصلون على الدخل الكافي وعلى الفرصة المناسبة للتخلي عن ذلك النوع من الحياة، حتّى يمضوا ويتركوا الماضي خلفهم.

من الطريف أن نلاحظ أنه لا يبدو عبر الزمن أن المسنّين يشعرون فعلا بالأسف لما يرونه من ابتعاد الأبناء والبنات عنهم. لقد وجد المؤرخون أن المسنّين في العصر الصناعي لم يعانوا من الناحية الاقتصادية[12]، كما إنهم لم يشعروا بالبؤس لدى ترك الشباب لهم ليعيشوا وحدهم، لكن ما حدث هو تحوّل في نمط ملكية العقارات نتيجة لتحسّن الظروف الاقتصادية، ففي الوقت الذي غادر فيه الشباب المنزل من

أجل فرص في أماكن أخرى، وجد الأبوان اللذان قد امتدّ بهما العمر أن بإمكانهما تأجير الأرض أو حتى بيعها بدلا من توريثها. إن ما حصل من ارتفاع دخل الأفراد، وما حصل بعد هذا من أنظمة المعاش، مكّن عددا أكبر فأكبر من الناس من مراكمة مدّخراتهم وزيادة ممتلكاتهم، ممّا أبقاهم متحكمين في أمور حياتهم المالية في فترة الشيخوخة، ومتحررين من ضرورة العمل حتى الموت أو حتى إصابتهم بالعجز الكامل. لقد بدأ يتبلور هذا المفهوم الجديد، مفهوم حياة «التقاعد».

كان معدل الحياة المتوقع في العام 1900 أقل من خمسين عاما[13]، ثم ارتفع إلى أكثر من ستين في الثلاثينيات من القرن العشرين، وذلك من خلال التحسينات التي أُجريت على نظام الغذاء، والظروف الصحية للحياة، والعناية الطبية. في الوقت نفسه هبط معدل إنجاب الأسرة من سبعة أطفال وسطيا في أواسط القرن التاسع عشر إلى أكثر من ثلاثة بقليل بعد العام 1900[14]. كما هبطت السن التي تلد الأمّ فيها لآخر مرة من سن اليأس إلى سن الثلاثين أو أقل[15]. كان من نتائج كل ذلك أن ارتفع عدد الناس الذين تستمر حياتهم إلى وقت يرون فيه أولادهم وقد وصلوا إلى سن الرشد ارتفاعا كبيرا. ففي أوائل القرن العشرين كانت الأم ترى آخر أولادها قد بلغ سن الحادية والعشرين في الوقت الذي تكون هي في سن الخمسين، بينما كانت الأم قبل ذلك بقرن تنتظر إلى سن الستين وما بعدها لترى هذا. لقد أصبح لدى الوالدين عدد كبير من السنين، عقد أو أكثر من الزمن، قبل أن يشعرا أو يشعر أولادهما بالقلق حول دخولهما سن الشيخوخة.

يعني هذا أن الوالدين تحرّكا مع تحرك العصر، تماما كما فعل أبناؤهما. فبعد أن لاحت الفرصة، بدا الفراق لكلا الطرفين، للوالدين والأطفال، نوعا من الحرية. فكلما كانت لدى المسنين القدرة المالية صاروا يختارون ما يسميه علماء العلوم الاجتماعية «المودة من بُعد»(Intimacy at a Distance)[16]. فبينما كان 60 في المائة ممّن تجاوزوا الخامسة والستين في أمريكا يعيشون مع أحد أبنائهم أو بناتهم في أوائل القرن العشرين[17]، انخفض العدد بحلول الستينيات إلى 25 في المائة، بل انخفض بحلول العام 1975 إلى ما هو دون 15 في المائة. كما إن هذا الواقع واقع عالمي[18]، ففي أوروبا لا تزيد نسبة من أعمارهم أكثر من ثمانين ويعيشون مع أطفالهم على 10 في المائة[19]، ونحو نصف من هم في تلك السن يعيشون وحدهم تماما، أي من

دون زوج أو زوجة. وحتى في آسيا، حيث كانت التقاليد تفرض أنه من العار أن يعيش أحد الوالدين ممن بلغ الشيخوخة وحده – وهو ما كان والدي يشعر به – فإننا نشاهد التغير الجذري نفسه الذي ذكرناه، ففي الصين واليابان وكوريا تُظهر الإحصاءات الوطنية أن نسبة المسنين الذين يعيشون وحدهم تتصاعد بسرعة.

والحقيقة أن هذه الإحصاءات دليل على تقدم كبير، حيث إن الخيارات أمام المسنين قد تكاثرت. فمثلا حدث في العام 1960 أن أحد المطورين العقاريين في أريزونا، واسمه ديل ويب Del Webb[20]، أشاع عبارة «مجتمع التقاعد» Retirement Community، وذلك حين طرح مشروع «مدينة الشمس» Sun City، وهو مجتمع أقيم في مدينة فينكس Phoenix كان من أوائل المجتمعات التي حصرت من يقطنها في المتقاعدين. وحينما طرحت الفكرة كانت مثار جدل، فقد كان أكثر المطورين العقاريين يعتقدون أن كبار السن يريدون صلات أكثر مع الأجيال الأخرى. غير أن ويب كان له رأي آخر، فقد كان يعتقد أن الناس في أواخر حياتهم لا يريدون أن يعيشوا بالطريقة نفسها التي كان يعيشها جدي، بحيث تكون كل العائلة تسعى بين يديه. لذلك بنى ويب «مدينة الشمس» بحيث تكون مكانا يعبّر عن وجهة أخرى حول الكيفية التي يرغب كبار السن في أن يقضوا بها ما سماه ويب «سني الراحة» (Leisure Years). يوجد في هذه المدينة ملعب للغولف، ومركز تسوق محلّى بالقناطر، ومركز لممارسة الهوايات، وهو يوفر نوعا من التقاعد النشيط، بما في ذلك توفير مكان لتناول الوجبات خارج المنزل، حيث يلتقي المسنون أقرانَهم ويشاطرونهم الوجبات. وثبت من خلال الواقع أن رؤية ويب جلبت شعبية كبيرة، حيث أصبحت مجتمعات المتقاعدين في أوروبا وأمريكا، وحتى في آسيا، مشهدا مألوفا.

أما بالنسبة إلى من لا يرغبون في الانتقال إلى مثل تلك البيئة – كما شاهدنا في حالة أليس هوبسن – فإنه صار من المقبول عموما، بل من الممكن عمليا، أن يبقوا في بيوتهم، يعيشون الحياة التي يرغبون فيها، حياة الاستقلال. مثل هذه الحقائق تبعث على الفرح، حيث من الممكن القول إننا نعيش في عصر لم يشهد المسنون أجمل منه في التاريخ. لقد أُعيد تصميم العلاقات بين الأجيال لتقرير من هو صاحب الكلمة، وليس بالطريقة التي يعتقدها كثير من الناس. لم يفقد المسنون منزلتهم

وضبطهم الأمور، بل صار لهم شركاء في المنزلة والضبط. ولم تخفِّض الحداثة مكانة المسنين، غير أنها خفّضت مكانة الأسرة. فقد أعطت الحداثة الأفراد – سواء منهم الصغار أو الكبار – طريقة للحياة يمتلكون فيها حرّية وضبطا لحياتهم أكثر من الماضي، ويشمل هذا التحررَ من أن يكونوا مدينين بالفضل لأجيال أخرى. قد يكون صحيحا أن التوقير الذي كان يحظى به الكبار قد زال، لكن ليس لأن التوقير انتقل إلى جيل الشباب، بل لأنه انتقل إلى الذات المستقلة.

لكنّ طريقة الحياة التي وصفناها تنطوي على مشكلة واحدة، وهي أن توقيرنا الاستقلاليّة لا يُدخل في حساباته حقيقةَ ما يجري في الحياة: وهو أنه سيأتي عاجلا أو آجلا يومٌ تصبح الاستقلالية فيه مستحيلة، ذلك لأن الأمراض الشديدة أو ضعف الشيخوخة ستدق باب الفرد يوما ما، فهذا أمر لا مفرّ منه، فهو يقينيّ بقدر ما أن غياب الشمس في نهاية النهار أمر يقينيّ. وهذا يضع أمامنا سؤالا جديدا: إذا كانت الاستقلالية هي ما نعيش من أجله، فماذا نفعل حينما يصبح الإبقاء على الاستقلالية مستحيلا؟

في العام 1992 أصبح عمر أليس، جدة زوجتي، أربعة وثمانين، وكانت صحتها مدهشة. لقد اضطرت إلى أن تبدّل أسنانها بطقم أسنان اصطناعي، واضطرت إلى أن تخضع لإزالة السادّ (الماء الأبيض) (Cataracts) من كلتا عينيها، ولكن هذا كل شيء. فلم تعانِ أي مرض خطير، ولم تَبِتْ في المستشفى. كانت لاتزال تذهب إلى الصالة الرياضية مع صديقتها بولي، وتتسوّق بنفسها، وكذلك تعتني بنفسها بترتيب البيت ونظافته. عرض عليها جيم ونان أن يحوّلا القبو في بيتهما إلى شقة تعيش فيها، فهذا كما قالا سيجعل حياتها أسهل. لكنها رفضت تماما، فلم تكن لديها أي نية في التخلّي عن الحياة المستقلة.

ولكن الأمور بدأت تتغير، ففي إحدى إجازات العائلة في الجبال لم تظهر أليس في وقت الغداء، ووجدوها فيما بعد قد جلست في مقصورة أخرى بالخطأ، وهي تسأل نفسها لماذا لم يأتِ الآخرون. لم نكن قد رأيناها قط من قبل في مثل هذا التشوش في الذهن، لهذا بقيت العائلة على مدى الأيام التالية تراقب وضع أليس باهتمام، غير أنه لم يحدث شيء يشغل البال، وهكذا أهملنا تلك الحادثة.

لكن حدث فيما بعد أنّ نان كانت تزور أليس في بيتها، فلاحظت رضوضا سوداء وزرقاء على مختلف مناطق رجلها. وسألتها: هل سقطتِ؟

أنكرت أليس في البداية، ثم أقرّت فيما بعد بأنها سقطت وهي تنزل على الدرج الخشبي إلى القبو. وأصرّت على أنّه لم يكن سوى انزلاق القدم، وأن هذا يمكن أن يحدث لأي إنسان. ثم أضافت أنها ستكون أكثر انتباها في المستقبل.

ولكن لم يمرّ وقت طويل حتى سقطت أليس مرة أخرى، بل عدّة مرات. لم تحدث أي كسور في العظام، ولكن العائلة صارت تشعر بالقلق. وهكذا فعل ولدها جيم ما تفعله كلّ العائلات في هذه الأيّام، فقد عرض أليس على الطبيب.

أجرى الطبيب فحوصا عدة، ووجد أن لديها ترقّقا في العظام، ووصف لها الكالسيوم. ثم قلّب بيديه أدوية أليس ووصف لها أدوية جديدة. لكنّ الحقيقة يجب أن تقال، وهي أن الطبيب لم يكن يدري ماذا عليه أن يفعل، فنحن لم نأتِ إليه بحالة تمكن معالجتها، فالذي نعرفه هو أن أليس لم تعد تسيطر على توازنها، وأن ذاكرتها بدأت تتدهور. لقد بدا واضحا الآن أن المشكلات لا بد أن تتزايد، وأن استقلاليتها لم يعد في الإمكان المحافظة عليها طويلا. لكنّ الطبيب لم تكن لديه أجوبة، ولم تكن لديه توجيهات، ولم تكن لديه إرشادات. بل إنه لم يستطع أن يصف ما يتوقع حدوثه.

2

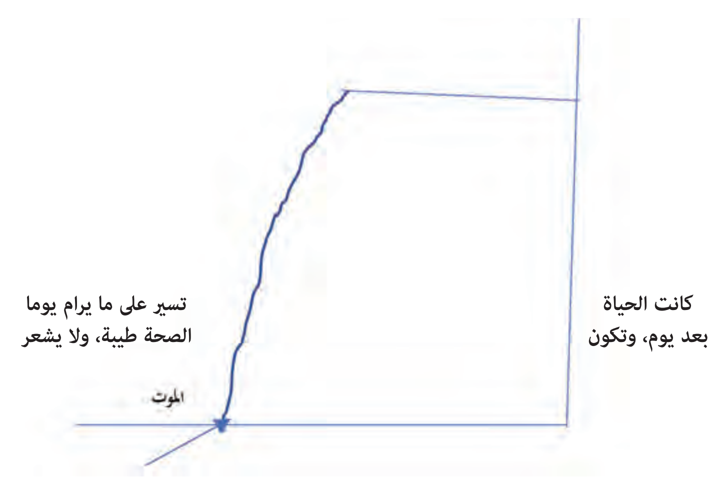
الأشياء تتداعى(*)

> نحن نعتبر الحاجة إلى المساعدة علامةَ ضعف بدلا من أن ننظر إليها على أنها الوضع الجديد والمتوقع»

لقد غير الطب والصحة العامة مسار حياتنا[1]؛ فقد كان الموت طوال التاريخ - وحتى فترة قريبة جدا - واقعا مفروغا منه، وحاضرا في الأذهان باستمرار، وكانت هذه هي الحال، سواء أكان الفرد في عمر الخامسة أم في الخمسين، لقد كان كل يوم جديد مثل رمية بالنرد، فلو أردنا أن نضع مخططا لصحة فرد عادي لكان كما يلي:

كانت الحياة تسير على ما يرام يوما بعد يوم، وكانت الصحة طيبة، ولا يشعر الفرد بأي

(*) اقتبس المؤلف عنوان هذا الفصل من رواية «الأشياء تتداعى» «Things Fall Apart» للكاتب النيجيري تشينوا آتشيبي Chinua Achebe الذي آقتبس بدوره عنوان روايته من قصيدة «المجيء الثاني» «The Second Coming» للشاعر الإيرلندي وليام بتلر ييتس William Butler Yeats، وللرواية أكثر من ترجمة إلى اللغة العربية . [المحرر].



مشكلة على الإطلاق، ثم يأتي المرض كأنه ضربة قاضية، وكأن الأرض قد انشقت من تحت قدمي ذلك الفرد، كما حدث مع جدتي غوبي كاباي غواندي، حيث بقيت في صحة رائعة حتى ذلك اليوم الذي أصيبت فيه بحالة قاتلة من مرض الملاريا، ولم تكن قد بلغت الثلاثين، وكما حدث لريتش هوبسن الذي أصيب بنوبة قلبية في أثناء رحلة عمل كان فيها القضاء على حياته.

لكن حدث بمرور السنين، ومن خلال تقدم الطب، أن الضربة القاضية صارت تبتعد أكثر فأكثر، ومن خلال المحافظة على الظروف الصحية للحياة، ومن خلال إجراءات الصحة العامة الأخرى، صار من المستبعد أكثر فأكثر حدوث الموت عن طريق الأمراض المعدية؛ خاصة في فترة الطفولة المبكرة، كما خَفَّض تقدم الفحص السريري الوفاةَ الناجمةَ عن المخاض أو عن الإصابات الجراحية تخفيضا ضخما. وبحلول أواسط القرن العشرين[2]، لم يعد يلاقي الموت قبل سن الثلاثين في الدول الصناعية إلا أربعة في المائة. ثم حدث في العقود التالية لذلك أن توصل الطب إلى طرق تمكّن بها من تقليل نسبة الوفاة الناجمة عن أزمات القلب، وأمراض جهاز التنفس، والسكتة الدماغية، وإصابات أخرى عديدة تهدد حياة الراشد. لكننا جميعا نموت طبعا في النهاية، مهما كان السبب. غير أن الطب نجح في تأجيل اللحظة القاتلة لكثير من الأمراض؛ فالأفراد المصابون بسرطان غير قابل للشفاء مثلا صاروا يعيشون فترة طويلة بعد التشخيص[3]، وفي حالة مدهشة من الحيوية، إنهم يخضعون للعلاج، وتكون هناك سيطرة على أعراض مرضهم،

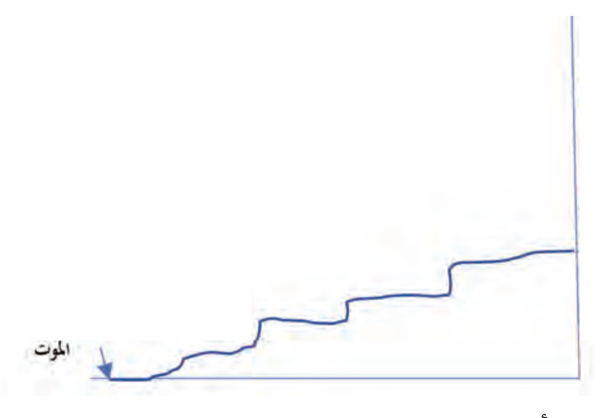
ثم يستأنفون حياتهم العادية. وهم لا يشعرون بالمرض أو الغثيان، ولكن المرض، على الرغم من تبطيئه، يبقى على تقدمه، كأنه فرقة جيش تتقدم في الليل وتتغلب على خطوط الدفاع المحيطة. ثم يأتي في نهاية المطاف وقتٌ يعلن فيه السرطان عن نفسه، فهو يظهر في الرئتين، أو في الدماغ، أو في العمود الفقري، وهذا ما حدث - كما رأينا - في حالة جوزيف لازاروف. وبعد هذا يكون الانحدار - عادة - سريعا نسبيا، بسرعة تشابه ما كان عليه قبل الطب الحديث. صحيح أن الموت أُجِّل، ولكن مسار الحياة حتى الموت يبقى كما هو؛ فبعد مقاومة شهور أو أسابيع، تكون للمرض السيطرة مرة أخرى وينهار الجسم. لهذا، وعلى الرغم من أن التشخيص قد يكون معروفا على مدى سنوات، يبدو الموت مفاجئا حينما يأتي؛ فطريق الحياة الذي كان يبدو لأعيننا سلسا ومستقيما قد انتهى، ويواجه الفرد الآن الانزلاق الشديد والسريع نحو النهاية.

غير أن خط الانحدار نحو النهاية قد تغير في الواقع بالنسبة إلى كثير من الأمراض المزمنة، كما هي الحال مثلا في أمراض النفاخ الرئوي (emphysema)، ومرض الكبد، وقصور القلب الاحتقاني (congestive heart failure)؛ ففي هذه الحالات نجحت المعالجة في تحقيق ما هو أكثر من تأجيل لحظة الانزلاق النهائي نحو النهاية؛ فقد أمكن للعلاج الطبي أن يعدل مسار المرض من هذا النوع، فبدلا من أن يبدو سقوطا من فوق طرف الجرف الصخري، صار الهبوط في الصحة متدرجا، كأنه طريق وعر يهبط إلى الوادي، كما في الرسم التوضيحي التالي:



مثل هذا المسار للمرض يمكن أن يواجه الفردُ - من خلاله - لحظات من السقوط الحاد الذي يشبه الدوار، ولكن الفرد يمر أيضا بفترات طويلة من السير السهل المنبسط؛ صحيح أننا لا نستطيع أن نعيد الجسم إلى تمام عافيته في هذه الحالات، ولكننا يمكن أن نؤجل مواجهة المريض للموت؛ فلدينا العقاقير، والسوائل، والجراحة، ووحدات العناية المركزة، وكل هذا يساعد المرضى على تجاوز أخطارهم. يأتينا المرضى إلى المستشفى في مظهر مخيف، وأحيانا لا ينجح عملنا إلا في جعل وضعهم يبدو أسوأ مما كان، وقد يبدو بعض المرضى على وشك النزع الأخير في لحظة ما، فإذ بهم يستعيدون عافيتهم. فنحن ننجح في حالات كثيرة في جعلهم يعودون إلى منازلهم، وإن كانوا يعودون أضعف وأشد وهَنا مما كانوا، فلا يمكن أن يعود هؤلاء المرضى إلى وضعهم السابق على المرض. فبعد أن يكون المرض قد استفحل، وبعد أن تكون إصابة العضو أشد، فإن الفرد يصبح غير مقاوم حتى لمشكلات مرضية طفيفة، حتى أنه قد يلقى حتفه بمجرد رشح بسيط. يعني هذا أن المرحلة الأخيرة من مسيرة المرض هي انحدار لا ريب فيه، ثم يأتي في النهاية وقت لا يعود فيه مجال للشفاء على الإطلاق.

ثم إن هناك مسارا ثالثا يوفره التقدم الطبي لعدد كبير من الناس، يختلف عن أي من المسارين اللذين وصفناهما؛ فهناك أعداد من البشر تتزايد أكثر فأكثر يعيشون حياتهم التامة، ولا يموتون إلا بفعل الشيخوخة. والشيخوخة ليست تشخيصا طبيا؛ صحيح أنه لا بد من أن يذكر سبب نهائي تخميني على شهادة الوفاة، مثل قصور جهاز التنفس، أو توقف القلب، غير أن الحقيقة تقول إنه لا يوجد مرض واحد يؤدي إلى الوفاة؛ فالمسؤول عن الموت هو تهاوي أجهزة الجسم المختلفة التي تتوقف عن أداء عملها، في الوقت الذي يكون فيه الطب مشغولا بأعمال الترقيع والصيانة؛ فنحن نخفض ضغط الدم هنا، ونقاوم ترقق العظام هناك، ونتحكم في هذا المرض، ونتابع ذاك، ونعوض هذا المفصل، أو الصمام، أو المكبس، وفي الوقت نفسه نلاحظ انحدار النظام الرئيسي للجسم إلى حد التوقف؛ فمنحنى الحياة يكون في هذه الحالة انحدارا بطيئا، وعلى مدى طويل، كما يظهر من المخطط التوضيحي التالي:



لا شك في أن تقدم الطب والصحة العامة نعمة لا تقدر بثمن؛ فقد صار الناس يعيشون حياة أطول، وفي صحة أفضل، وفي قدرة على الأداء أكثر من أي وقت في الماضي. ولكن مهما كان حظ أحدنا من مسارات الصحة، فإننا نرقب مسيرة الحياة وهي تتحرك في خط يطول أو يقصر، ولكنه خط نازل نرقبه بنوع من الارتباك؛ فنحن نحتاج إلى المساعدة، وقد تستمر الحاجة إلى المساعدة فترة طويلة من الزمن، ونحن نعتبر مثل تلك الحاجة علامةَ ضعف، بدلا من أن ننظر إليها على أنها الوضع الجديد والمتوقع؛ فكثيرا ما نقصُّ على أسماع الحضور قصة عجوز بلغ من العمر سبعة وتسعين عاما ولا يزال يركض مسافة الماراثون، كأن مثل هذه الحالة ليست حظا حسنا يصل إلى درجة المعجزة البيولوجية، بل نقصها كأنها شيء معقول وعادي يمكن أن يتوقعه أي واحد من الناس، ثم عندما نرى أن جسمنا لم يحقق هذه الفكرة الحالمة، نشعر كأننا قصَّرنا بشكل ما، وبأننا يجب أن نعتذر.

من الملاحظ هنا أن العاملِين في سلك الصحة لا يساعدون الناس في تعديل هذا التصور؛ فنحن كثيرا ما نعتبر المريض الذي ينحدر نحو النهاية غير مهم لنا ما لم تكن لديه مشكلة محددة يمكننا معالجتها؛ فما حدث من تقدم في الطب أحدث لدينا ما يمكن اعتباره ثورتين: حدث لدينا تحول بيولوجي في مسار حياتنا، وحدث لدينا تحول ثقافي في طريقة تفكيرنا عن هذا المسار.

إن قصة سيرنا نحو الشيخوخة هي قصة كل جزء من أجزاء الجسم. تأمل مثلا حالة الأسنان(4)؛ فالمينا البيضاء التي نراها على الأسنان هي أقسى مادة في

الجسم الإنساني، ولكن هذا لا يمنع من أن المينا تتهرأ بمرور الوقت، مما يكشف عن الطبقات التي تحتها، وهي طبقات ألين وأغمق لونا. وفي الوقت نفسه يتضاءل تزويد الدم إلى اللب وجذور الأسنان، ويتناقص إفراز اللعاب؛ ويغلب أن تلتهب اللثتان وتنحسرا عن الأسنان، بحيث تكشفان عن قاعدة السن، وهذا يجعل الأسنان أقل ثباتا، ويعطيها شكلا أطول من شكلها الماضي، وهذا ينطبق على أسنان الفك الأسفل بشكل خاص. يقول المختصون إنهم يستطيعون تحديد عمر الفرد بخطأ لا يزيد على خمس سنين من خلال فحص سن واحد... هذا إذا كانت قد بقيت للفرد أسنان لتُفحَص.

يمكن للعناية الدقيقة بالأسنان أن تفيد في تجنب فقدان الأسنان، ولكن الشيخوخة عائق دون العناية بالأسنان؛ فالتهاب المفاصل الرثوي (arthritis) مثلا، والارتعاش، والسكتات الدماغية الخفيفة، تجعل تنظيف الأسنان بالفرشاة أو الخيط أمرا صعبا. وبما أن الأعصاب تصبح أقل إحساسا بتقدم العمر، فإن المسن قد لا يحس بأن لديه نخرا سنيا أو مشكلة في اللثة، إلى أن يكون قد فات وقت العلاج؛ ففي أثناء حياة الفرد العادي تفقد عضلات الفك نحو 40 في المائة من كتلتها[5]، ويفقد الفك السفلي 20 في المائة من كتلة عظامه، بحيث يصبح ضعيفا وتظهر فيه المسام، وتنخفض قدرة المضغ، وهكذا يتحول المسنون إلى الأطعمة الأكثر ليونة، وهذه الأطعمة تحتوي في العادة على مقدار أعلى من النشويات القابلة للتخمر، مما يزيد احتمال ظهور النخور. ومع حلول سن الستين يكون الفرد في المجتمعات الصناعية، مثل الولايات المتحدة، قد فقد ما معدله ثلث أسنانه[6]. وحينما يتجاوز الأفراد سن الخامسة والثمانين يكون نحو 40 في المائة منهم قد فقدوا كل أسنانهم.

في الوقت الذي تكون فيه عظامنا وأسناننا قد أصيبت بالهشاشة، تكون بقية الجسم قد أصبحت أشد صلابة؛ فالأوعية الدموية، والمفاصل، والعضلات، وصمامات القلب، بل حتى الرئتان، يكون قد تجمع فيها ترسب غير قليل من الكالسيوم، ومن ثم تصاب بالتصلب. لو فحصت الأوعية الدموية والأنسجة تحت المجهر[7]، فإنك تجد شكل الكالسيوم نفسه الذي تجده في العظام، وحينما يمد الطبيب يده إلى داخل جسم العجوز، في أثناء الجراحة، فإن أصابعه ستشعر بهشاشة الشريان الأبهر والأوعية الدموية الرئيسية الأخرى. لقد أظهر البحث أن فقدان كثافة العظام

قد يكون مؤشرا أوضح، حتى من مستوى الكوليسترول[8]، على قرب الوفاة التي يؤدي إليها مرض تصلب الشرايين؛ كأننا عندما نشيخ يتسرب الكالسيوم من هيكلنا العظمي إلى نسيج جسمنا.

حتى يحافظ القلب على تدفق الكمية نفسها من الدم عبر الأوعية التي أصبحت أضيق وأكثر صلابة، فإنه يحتاج إلى أن يزيد من ضغطه، وينتج عن هذا أن أكثر من نصف الناس يظهر لديهم ارتفاع في ضغط الدم بحلول سن الخامسة والستين[9]. يزداد سمك جدار القلب بسبب حاجته إلى أن يضخ، على الرغم مما عليه من ضغط أشد، ويصبح أقل قدرة على الاستجابة لحالات الإجهاد. إن ذروة النتاج القلبي تنخفض بانتظام بدايةً من سن الثلاثين، ويعني هذا أن الناس يصبحون بالتدريج أقل قدرة على الركض بالسرعة نفسها التي اعتادوا أن يركضوا بها، وعلى قطع المسافة نفسها التي كانوا يطيقون قطعها ركضا، وعلى صعود درجات السلم بلا شعور بضيق في التنفس.

لكن في الوقت الذي تزداد فيها سماكة عضلة القلب، فإن العضلات التي في مناطق الجسم الأخرى ترق[10]؛ ففي نحو سن الأربعين يبدأ الفرد يخسر من كتلة العضل وقوته، وبحلول سن الثمانين، يكون الفرد قد خسر ما بين ربع ونصف وزن العضل لديه.

يمكنك أن ترى كل هذه العمليات بمجرد دراسة اليد[11]؛ فأربعون في المائة من كتلة العضل في اليد تتركز في عضلات قاعدة الإبهام (thenar muscles)، ولو دققت النظر في كف شخص عجوز، خاصة في قاعدة الإبهام، فسوف تلاحظ أن كتلة العضلات لديه ليست ناتئة كما هي الحال لدى الشباب، بل تجدها منبسطة. ولو أخذنا صورة بسيطة ليد العجوز عبر الأشعة السينية ونظرنا فيها، لوجدنا بقعا صغيرة من التكلسات في الشرايين، ووجدنا مقدارا من شبه الشفافية في العظام، هذا لأن العظام تبدأ، من سن الخمسين، في فقد كثافتها بمعدل واحد في المائة لكل عام تقريبا. في اليد تسعة وعشرون مفصلا، وكل منها معرض للتهشم بسبب الالتهاب العظمي - المفصلي (osteoarthritis)، وهذا سيجعل مظهر سطح المفصل مثلما متهرئا. يتقوض الفراغ الذي كان يشغله المفصل، ولذلك ترى العظم وهو يلامس العظم. يشعر الفرد نفسه بتورم حول مفاصله، ويشعر بتناقص مجال

التحرك في مفصل الرسغ، وبنقص قدرته على الإمساك، ويشعر بالألم. من ناحية أخرى فإن لليد ثمانية وأربعين فرعا عصبيا ذات أسماء معروفة، فحينما يحصل التدهور في المستقبلات الميكانيكية الجلدية (cutaneous mechanoreceptors) في الطرف الباطن للأصابع؛ فهذا ينتج عنه نقص في الإحساس باللمس. وينتج عن فقدان العصبونات الحركية فقدان مهارة اليد، ولذلك يسوء الخط، وتتضاءل سرعة اليد وحس الاهتزاز، ويصبح استخدام الهاتف المحمول العادي، والتحكم في أزراره الناعمة، وشاشة اللمس فيه، أصعب فأصعب.

كل هذه تغيرات عادية[12]؛ فعلى الرغم من أن هذه العمليات يمكن تبطيئها - حيث يمكن مثلا أن يحدث تعديل نظام التغذية والنشاط الجسمي فرقا - فإنها لا يمكن وقفها؛ فطاقة رئتينا على أداء وظيفتهما تتناقص، وأمعاؤنا يتباطأ تحركها، وغُددنا تتوقف عن أداء دورها. وحتى أدمغتنا تتقلص؛ ففي سن الثلاثين يكون وزن الدماغ نحو 1.36 كيلوغرام، بحيث يكاد لا يجد لنفسه مكانا كافيا ضمن الجمجمة؛ ولكن بوصولنا إلى عقد السبعينيات فإن المادة السنجابية (الرمادية) في الدماغ تكون قد تناقصت إلى حد أن الدماغ يكون بينه وبين الجمجمة نحو بوصة من المساحة الفارغة، وهذا هو السبب في أن المسنين، من أمثال جدي، يكونون عرضة أكثر من غيرهم بكثير للنزف الدماغي إثر أي صدمة تصيب الرأس؛ هذا في الواقع لأن الدماغ لدى المسنين يبقى في حالة تحرك (كالخشخشة) داخل الجمجمة. وأول أجزاء الدماغ انكماشا في العادة هو الفصوص الأمامية، وهذه الفصوص هي التي تدير عمليات اتخاذ الأحكام العقلية والتخطيط؛ وكذلك الحصين (hippocampus)، وهي المنطقة التي تنظم الذاكرة. نتيجة لذلك فإن الذاكرة والتفكير التعددي، أي جمع عدة أفكار في الدماغ، والتوصل إلى تفكير موحد بشأنها، هذه القدرات تصل إلى ذروتها في متوسط العمر، ثم تنحدر بالتدريج. إن سرعة معالجة المعلومات في الدماغ تبدأ بالانخفاض قبل سن الأربعين بكثير (وقد يكون هذا هو السبب في أن متخصصي الرياضيات والفيزياء يقدمون أفضل عملهم في شبابهم). وبحلول سن الخامسة والثمانين، تكون الذاكرة الفاعلة وقدرة اتخاذ الحكم العقلي قد انخفضت إلى حد أن 40 في المائة من الأفراد يعانون الخرف، كما هو وارد في الكتب الدراسية.

يبقى النقاش محتدما بشأن سؤال: لماذا نشيخ؟[13]. نحن نشيخ وفق الرأي المتوارث بسبب التقادم الطبيعي العشوائي، بينما يقول أحدث الآراء إن الشيخوخة يحكمها نظام، وإنها مبرمجة على مستوى الجينات. يدعم أنصار هذا الرأي الأخير قولهم بأن الحيوانات من الأنواع المتشابهة، والتي تتعرض لمقادير متشابهة من أحداث الحياة، تكون مدة أعمارها مختلفة فيما بينها بشكل ملحوظ؛ فالإوز الكندي - مثلا - يمتد عمره إلى 23.5 سنة؛ بينما الإوز الإمبراطور لا يزيد معدل عمره على 6.3 سنة. قد تكون الحيوانات مثل النباتات؛ تحكم مدة عمرها عوامل داخلية إلى حد بعيد. هناك مثلا نوع من نبات الخيزران ينتصب في مجموعات كثيفة، ويبقى نضرا مدة مائة عام، ثم تنبت أزهاره كلها دفعة واحدة، ثم يموت.

لقد ظهر تأييد كبير في السنين الأخيرة لفكرة أن الكائنات الحية تنتهي حياتها بعملية مفاجئة بدلا من أن يأتي عليها عامل تقادمها بفعل الزمن[14]. لقد نجح الباحثون في دودة سي إليغانس (C. elegance) التي اكتسبت شهرة في الفترة الأخيرة (منحت جائزة نوبل مرتين في عقد واحد لعلماء أجروا أبحاثا حول هذه الدودة الخيطية الصغيرة (nematode) في تبديل جين واحد، وإنتاج ديدان تعيش أكثر من ضعف حياة الديدان الأصلية، وتكون شيخوختها أبطأ منها. كذلك نجح العلماء - بعد الإنجاز المذكور - في إحداث تغييرات على أنواع مختلفة، وذلك بتعديل جين واحد أدى إلى زيادة طول عمر ذبابة الفاكهة، والفئران، والخميرة.

ولكن مع تذكر هذه النتائج، فإن الإثباتات الراجحة تبقى تعارض فكرة أن مدة أعمارنا نحن البشر مبرمجة من الداخل. لنتذكر أنه خلال أغلب حياة الجنس البشري التي امتدت إلى مائة ألف عام - باستثناء القرنين الأخيرين - كان معدل حياة الإنسان ثلاثين عاما أو أقل[15] (يظهر من خلال البحث أن مواطني الإمبراطورية الرومانية كان معدل أعمارهم المتوقعة ثمانية وعشرين عاما). كان الوضع السائد أن يموت الفرد قبل أن يصل إلى سن الشيخوخة، بل الحقيقة أنه على مدى أكثر التاريخ كان الموت خطرا يتهدد الإنسان في أي مرحلة من مراحل عمره، ولم يكن له على الإطلاق علاقة واضحة ببلوغ سن الشيخوخة؛ لذلك كتب مونتين[16]، ملاحظا الواقع في أواخر القرن السادس عشر: «أن يموت المرء بسبب الشيخوخة أمرٌ نادر وفريد واستثنائي، بل إن أنواع الموت الأخرى طبيعية أكثر منه بكثير؛ إنه آخر شكل

من أشكال الموت، وأبعدها عن الشيء العادي». وإذا التفتنا الآن إلى حياتنا، إذ صار معدل العمر - في كثير من بقاع العالم - يتجاوز الثمانين عاما، وجدنا أننا صرنا فعلا مخلوقات غريبة، نعيش أكثر بكثير مما هو متوقع لنا؛ فحينما ندرس فترة الشيخوخة يكون ما نحاول فهمه ظاهرة أقرب إلى أن تكون غير طبيعية من كونها طبيعية.

لقد ظهر الآن أن دور الوراثة ضئيل بشكل مدهش في طول العمر[17]. يلاحظ جيمس فوبل James Vaupel، من مؤسسة ماكس بلانك للبحوث الديموغرافية (السكانية)(*)، ومقرها في روستوك بألمانيا، أن دور طول عمر والدَيْ الفرد لا يؤثر إلا في ثلاثة في المائة على المدة التي سيعيشها ذلك الفرد، وفق معدل الأعمار؛ بينما نجد في مقابل ذلك أن الطول الذي ستبلغه قامة الفرد يحكمه طول قامة والديه بنسبة 90 في المائة. وحتى التوأمان الحقيقيان يتفاوتان تفاوتا كبيرا في طول العمر: فالفارق الاعتيادي بينهما أكثر من خمسة عشر عاما.

إذا كان دور جيناتنا أقل مما نتصور[18]، فإن هذا يعني أن التصور المتوارث، وهو أن الإنسان يشيخ ويموت بفعل التقادم والتهرؤ الذي يحدثه الزمن فيه من الحقيقة أكثر مما نظن. يقول ليونيد غافريلوف Leonid Gavrilov، وهو باحث في جامعة شيكاغو، إن الكائنات البشرية تعجز وتتوقف عن الحياة تماما، كما تعجز كل الأنظمة المعقدة: بالتدريج وبشكل عشوائي. كان المهندسون قد لاحظوا منذ فترة طويلة أن الأجهزة البسيطة لا تشيخ في العادة؛ فمثل هذه الأدوات تعمل ويمكن الاعتماد عليها حتى يفشل أحد أجزائها الحساسة، وعند ذلك تنتهي حياة الجهاز كله في لحظة. خذ مثلا لعبة أطفال تعمل بربط النابض، فهذه تعمل بشكل سلس حتى يصدأ مسنن أو ينكسر نابض، وعندها ينتهي عملها تماما. ولكن الأجهزة المعقدة - محطات توليد الطاقة مثلا - يجب أن تبقى تعمل وتقوم بمهمتها على الرغم من وجود الآلاف من المكونات الحساسة التي يفترض أنها سهلة العطب؛ لهذا فإن المهندسين يصممون مثل هذه الأجهزة ويُضمنون تصميمهم لها طبقات من القطع المتكررة: بحيث يكون لها أنظمة بديلة، بل وأنظمة بديلة لتدعم الأنظمة البديلة. والأنظمة البديلة الداعمة قد

(*) Max Planck Institute Four Demographic Research.

لا تكون بفاعلية المكونات العاملة في الخط الأول، ولكنها تتيح المجال للجهاز أن يبقى يعمل حتى بعد أن تتراكم الأضرار. يضيف غافريلوف أنه بالنظر إلى الحقائق التي تفرضها جيناتنا، فإن طريقة عمل الكائنات البشرية يبدو أنها مماثلة لهذا بالضبط. لدينا كُلية إضافية، ولدينا رئة إضافية، ولدينا غدة تناسلية إضافية، ولدينا أسنان إضافية. يصاب الحمض النووي (DNA) داخل خلايانا بأضرار متنوعة ضمن الظروف العادية، ولكن خلايانا تملك مقدارا إضافيا من مواد ترميم الحمض النووي؛ فإذا أصيب جين معين وأساسي مثلا بعطب دائم، فإن هناك في العادة - على مقربة منه - نسخا إضافية من الجين المعطوب، وكذلك إذا هلكت الخلية بكاملها، فإن الخلايا الأخرى تستطيع أن تؤدي دورها.

ولكن على الرغم من كل ذلك، فإنه بعد أن تتزايد العيوب في النظام المعقد، يأتي وقت يكون فيه أي عيب إضافي كافيا ليعطل مجموع النظام، وهذا ما يسمى بالوهن. يحدث هذا لمحطات توليد الطاقة، والسيارات، والمنظمات الكبيرة. وهذا ما يحدث لنا نحن البشر: نصل إلى نقطة يصيب العطب عددا من المفاصل أكثر مما يتحمله الجسم، أو يتكلس شريان أكثر مما يتحمله الجسم، ولا تكون هناك بدائل. فنحن نفقد كفاءة الأجزاء حتى نصل إلى نقطة لا نملك فيها ما يحل محل المفقود.

يحدث هذا عبر مجموعة من الطرق تكاد تسبب الدوار؛ ترى الشعر قد شاب مثلا لمجرد أننا لم نعد نملك ما يكفي من الخلايا الصبغية التي تعطي شعرنا لونه[19]؛ فدورة الحياة الطبيعية للخلايا الصبغية لفروة الرأس لا تستمر إلا بضع سنين، ونحن نعتمد على الخلايا الجذعية (stem cells) الموجودة تحت السطح لترحل نحو الداخل، ومن ثم تعوض ما فقد من الخلايا الصبغية. غير أنه يحدث أن ينفد مخزون الخلايا الجذعية بالتدريج، ولهذا فإنه بحلول سن الخمسين - في المتوسط - يكون نصف شعر الإنسان قد شاب.

كذلك فإن الآليات التي يُتخلص بها من الفضلات الناتجة في داخل خلايا الجلد تتضاءل وتتلاشى ببطء[20]، ولهذا فإن بقية الفضلات تندمج على شكل خثرة صبغية صمغية بلون أصفر مائل إلى البني تعرف باسم «ليبوفيوشين» (lipofuscin)، وهذه هي البقع المرتبطة بتقدم العمر التي نراها على الجلد. وحينما يتراكم الليبوفيوشين في غدد التعرق يعطل هذا قدرتها على أداء وظيفتها،

ولعل هذا يساعدنا في فهم السبب الذي يجعل من يتقدمون في السن كثيري التعرض لضربات الشمس والإعياء الناتج من الحرارة.

أما العيون فإن تعطل وظيفتها له أسباب مختلفة عما مر بنا حتى الآن[21]؛ فالعدسات مكونة من بروتينات متبلرة شديدة التحمل جدا، ولكنها تتحول كيميائيا بطرق تقلل من مرونتها بمرور الوقت، وهذا ما يفسر بعد النظر الذي يبدأ في الظهور والتزايد لدى أكثر الناس، بداية من العقد الرابع. وهذه التغيرات نفسها تحوِّل لون العدستين بالتدريج إلى الصفرة، وحتى من دون الساد أو الماء الأبيض (cataract) (وهو تغيم العدسة المائل إلى البياض الذي يحدث بسبب تقدم العمر، أو بسبب التعرض الشديد للأشعة فوق البنفسجية، أو ارتفاع الكوليسترول، أو السكري، أو التدخين)، فإن كمية الضوء التي تصل إلى شبكية عين من هو في سن الستين، وهو في صحة جيدة، ثلث الكمية التي تصل إلى شبكية من هو في سن العشرين.

تحدثت إلى فيلكس سيلفرستون Felix Silverstone، وهو الذي قضى أربعة وعشرين عاما في منصب كبير أطباء الشيخوخة في معهد باركر جيويش(*)، الكائن في نيويورك، وكتب ونشر أكثر من مائة دراسة عن الشيخوخة. أخبرني سيلفرستون بأنه: «لا توجد للخلايا آلية وحيدة وعامة تعمل من خلالها على الانتقال إلى مرحلة الشيخوخة وآخر العمر». «إن أجسامنا تراكم مادة الليبوفيوشين الصابغة»، ويصاب الجسم بأضرار تتعلق بذرات الأوكسجين المتحولة إلى جذور حرة Free Radicals وبطفرات عشوائية في الحمض النووي، ومشكلات أخرى عديدة على مستوى جزيئات الخلية. هذا التحول متدرج ولكنه صارم لا توقف فيه. وقد سألتُ سيلفرستون عما إذا كان علماء الشيخوخة (gerontologists) قد عثروا على أي سبيل إلى إعادة إنتاج ما يتهرأ من أجسادنا إثر الشيخوخة؛ فأجاب: «لا. كل ما يحدث أن مكونات الإنسان تتداعى».

كما يرى القارئ، فإن أقل ما يقال فيما عرضناه أنه واقع لا يسر القلب. يود الناس - وبشكل طبيعي - أن يتجنبوا البحث في فترة العجز المرتبطة بالشيخوخة. لا شك في أنه ظهرت عشرات الكتب التي صادفت أعلى درجات الرواج حول

(*) Parker Jewish Institute.

الشيخوخة، ولكن العناوين التي تحملها هي من مثل: «يمر العام لكنك أكثر شبابا»، أو «ينبوع العمر»، أو «شباب دائم». ولكن إغضاءنا عن حقائق حياتنا له ثمن؛ فالمجتمع يؤجل التعامل مع التواؤم اللازم الذي علينا تحقيقه على مستوى المجتمع، ونحن نغض أبصارنا عن الفرص المتوافرة لتغيير خبرة الفرد في أثناء سنوات الشيخوخة إلى الأفضل.

فنظرا إلى ما يحققه الطب من تقدم في تطويل أعمارنا، فإن النتيجة الحاصلة عن هذا هي ما يسمى «اللاهرمية» (Rectangularization) في عدد الأفراد الناجين من مختلف فئات المجتمع[22]. كان مجموع الناس على مدى كل التاريخ تقريبا يشكل ما يشبه الهرم: بحيث يكون الأطفال أكبر قطاع من المجتمع - فهم بذلك قاعدة الهرم - ومن ثم فإن كل مجموعة تالية من الفئة العمرية تكون أصغر فأصغر. في العام 1950، مثلا، كان الأطفال في الولايات المتحدة ممن هم دون الخامسة يشكلون 11 في المائة من السكان، بينما كان الراشدون من أعمار خمسة وأربعين إلى تسعة وأربعين يشكلون 6 في المائة، وكان الذين تجاوزوا الثمانين يشكلون 1 في المائة. أما الآن فإننا نجد أن من هم في سن الخمسين يكافئون في العدد من هم في سن الخامسة، وأما بعد ثلاثين عاما فنجد أن من هم فوق الثمانين يكافئون في العدد من هم دون الخمس سنوات. وهذا الطراز ينطبق على كل المجتمعات الصناعية.

يندر أن نجد بين المجتمعات مجتمعا اتخذ الإجراءات المناسبة لهذه التغيرات في الديموغرافيا، أي في تركيبة السكان، فنحن لانزال نتمسك بفكرة التقاعد في سن الخامسة والستين[23]؛ فقد كان هذا الموقف معقولا حينما كان من هم فوق الخامسة والستين لا يشكلون سوى نسبة ضئيلة من السكان، ولكن مبرر مثل هذا الموقف يصبح أقل فأقل منطقا، ونحن نرى من هم في العمر المذكور تكاد نسبتهم تبلغ 20 في المائة. من جهة أخرى نرى الناس يدخرون من أموالهم تحسبا للحاجة في الشيخوخة قدرا أقل من أي وقت مضى منذ الأزمة الاقتصادية الكبرى (The Great Depression)(*)، فأكثر من نصف الطاعنين في السن يعيشون الآن من دون زوج أو زوجة، وما لدى العائلات من أطفال أقل من أي

(*) الفترة بين العامين 1929 و1941. [المترجم].

وقت مضى، ومع كل ذلك فإننا نكاد لا نفكر في نوع الحياة التي سنحياها في سني أواخر العمر من دون رفيق.

مما يبعث على القلق أيضا[24]، وهو شيء لم ينل إلا أقل درجة من الانتباه، أن الطب بقي بطيئا في مواجهة التغيرات التي حدثت بفعل الطب نفسه - ولم يهتم بتطبيق ما لدينا من معرفة طبية لجعل الناس يعيشون شيخوختهم بطريقة أفضل. فعلى رغم أن قطاع المسنين ينمو بسرعة، فإن عدد أطباء الشيخوخة المعتمدين، ممن دفع بهم قطاع الطب إلى سوق العمل، قد هبط في الواقع في الولايات المتحدة بنسبة 25 في المائة ما بين العامين 1996 و2010. والتطبيقات المستخدمة في برامج التدريب، في مجال العناية الأولية لطب الكبار، هبطت بشدة، بينما نجد برامج التدريب في حقول مثل الجراحة التجميلية والأشعة تتلقى التطبيقات بأعداد تتجاوز كل التوقعات. يعود هذا جزئيا إلى أسباب مالية؛ فالدخل الوارد من أمراض الشيخوخة وطب العناية بالكبار من أقل الدخول في ميدان الطب. ولكن السبب الآخر، سواء اعترفنا بذلك أو لا، هو أن كثيرا من الأطباء لا يحبون العناية بالمسنين.

يشرح هذا الوضع فيلكس سيلفرستون، طبيب الشيخوخة الذي ذكرناه، بقوله: «إن عموم الأطباء يتجنبون طب الشيخوخة، والسبب في هذا أنهم لا يملكون القدرات اللازمة للتعامل مع الكبير العاجز، فهذا المسن أصم، وهذا المسن ضعيف الرؤية، وذاكرة المسن قد تكون واهنة إلى حد ما، وحينما تكون مع الكبير المسن تشعر بأنه يعرقل عملك، لأنه يعيد السؤال عما قلته له. وكبير السن لا يواجهك بمشكلته الرئيسية فقط، بل يفاجئك بخمس عشرة شكوى كلها رئيسية! فبالله عليك كيف ستتعامل مع كل شكاواه؟! إنك تشعر بأن مشكلاته كالطوفان بكثرتها، أضف إلى هذا أنه قد عانى بعض هذه المشكلات لمدة خمسين عاما أو نحوها، فكيف تحاول معالجة شكوى ظل يعانيها خمسين عاما. لديه ارتفاع في ضغط الدم، ويعاني السكري، ولديه التهاب في المفاصل. إن معالجة أي من هذه المشكلات لن يشعرك بالتفوق».

نعم إن هذا الميدان لا يشعرك بالتفوق، ولكنه يحتاج إلى المهارة، يحتاج إلى مجموعة احترافية متراكمة من المعلومات التخصصية. قد لا يستطيع الطبيب أن

يصل إلى علاج مشكلات المسن، ولكنه يعرف كيف يتعامل معها. لم يكن لدي إدراك كافٍ بهذا قبل أن أزور عيادة الشيخوخة في المستشفى الذي أعمل به، ولم أكن أقدِّر، قبل أن أرى طريقة عمل الأطباء السريريين فيه، نوعية التخصص والخبرة التي ينطوي عليها هذا العمل، وأهمية عملهم التي قد يحتاج إليها أي منا.

توجد عيادة الشيخوخة - يسميها هذا المستشفى «المركز الصحي للراشدين الأكبر سنا» (Center for Older Adult Health) (لاحظ أنه حتى في عيادة خاصة بخدمة أشخاص بلغوا سن الثمانين وأكثر، لا ينظر المرضى بعين الرضا إلى عبارة «طب الشيخوخة» أو حتى «طب المسنين») - تحت عيادتي الجراحية بطابق واحد. لقد ظللت أمر بجانبها كل يوم تقريبا على مدى سنوات، ولا أذكر أنني فكرت فيها لحظة، ولكني نزلت إليها ذات صباح، وبعد أن استأذنت المرضى، حضرت زيارة يورغن بلوداو Juergen Bludau، عددا من مرضاه، وهو كبير أطباء الشيخوخة لدينا.

سأل الطبيب جين غافريلز، أول مريضة لديه لذلك الصباح: «ما الذي أتى بك هذا الصباح؟». تبلغ جين غافريلز خمسة وثمانين عاما من العمر، وهي ذات شعر أبيض مجعد، ونظارات بيضوية، تلبس قميصا بنفسجيا محبوكا، وتعلوها ابتسامة حاضرة وجميلة. كان جسمها صغيرا ولكنه يبدو متين البنية، فقد دخلت بخطوات ثابتة، وتحمل تحت ذراعها معطفَها وحقيبتَها، وتقود ابنتها خلفها، وهي لا تحتاج إلى مساعدة من أي نوع سوى حذائها الطبي المهيأ لمساعدة عظام القدم. قالت جين غافريلز إن طبيب الباطنية أوصى بأن تزور هذه العيادة.

وسألها الطبيب: «هل هناك من سبب مخصوص لإرسالك إلينا؟».

كان جوابها يشمل فيما يبدو النفي والإيجاب معا. كان أول ما ذكرته ألما في أسفل الظهر ظلت تعانيه منذ شهور، يسري إلى كل رجلها، وأحيانا يجعل النزول من سريرها أو النهوض عن الكرسي صعبا. وأضافت أن لديها التهاب مفاصل شديدا، ومدت أصابعها لتعرضها على الطبيب، وكانت الأصابع متورمة فعلا عند المفاصل، وكانت منحنية نحو الخارج بشكل عرضي، وهو ما يسمى «تشوه عنق التم» (Swan-neck Deformity). كانت كلتا ركبتي جين غافريلز قد استبدلتا قبل عقد من الزمان، وضغط الدم لديها مرتفعا، وعلقت على هذا بقولها: «هذا بسبب الضغط

النفسي»، ثم ناولت الطبيب بلوداو قائمة أدويتها. تعاني جين الزرَق (glaucoma)، ولذلك فهي تحتاج إلى فحص عيون كل أربعة شهور. قالت أيضا إنها ما سبق لها قط أن عانت مشاكل «التواليت»، ولكنها اعترفت أنها صارت أخيرا تلبس فوطة. كانت هذه المريضة قد خضعت للجراحة لإزالة سرطان القولون، وبالمناسبة فإنه ظهرت لديها عقدة (Nodule) في الرئة، قال عنها تقرير الأشعة إنها يحتمل أن تكون علامة على وجود ورم انتقالي «metastasis»، ولذلك أوصى التقرير بأخذ خزعة.

طلب منها الدكتور بلوداو أن تخبره عن حياتها، وذكرتني هذه المرأة بطريقة حياة أليس عندما التقيتها في بيت أهل زوجتي. قالت إنها تعيش وحدها، وليس معها في مسكنها إلا كلب من نوع يوركشر (Yorkshire) المنتمي إلى سلالة تيريَر (Terrier)، في منزل مخصص لعائلة مستقلة في روكسبري Roxbury الغربية التي هي جزء من مدينة بوسطن. كان زوجها قد توفي بمرض السرطان في الرئة منذ ثلاثة وعشرين عاما، وصرحت بأنها لا تقود السيارة، وأن لها ابنا يعيش في المنطقة نفسها، وهو يتسوق لها مرة كل أسبوع، ويأتي للاطمئنان عليها كل يوم، وأضافت بروح الدعابة: «ليرى إذا كنت لاأزال حية!». قالت جين إن لديها ابنا آخر وابنتين، ولكنهم يعيشون أبعد من هذا الابن الأول، ولكنهم مع ذلك يقدمون المساعدة. وما عدا ذلك فهي تقوم بشؤونها بشكل ممتاز، فهي تطبخ لنفسها، وتنظف المنزل، وتتناول أدويتها من دون أخطاء، وتدفع فواتيرها بنفسها.

وأضافت تقول: «إن حياتي منظمة».

كانت جين غافريلز قد تلقت التعليم حتى المدرسة الثانوية، وعملت في أثناء الحرب العالمية الثانية عاملة برشمة (Riveter) في حوض تشارلز تاون لسلاح البحرية، وعملت بعض الوقت في متجر متشعب اسمه جوردان مارش (Jordan Marsh)، يقع في وسط مدينة بوسطن. ثم أضافت جين أنه قد مضى على ذلك زمن طويل، فهي لا تخرج من بيتها الآن، وتكتفي بالعناية بفنائها، وبكلب تيريَر، وبالعائلة حينما يزورونها.

تابع الطبيب بلوداو سؤالها عن حياتها اليومية بتفصيل واسع جدا. قالت إنها تستيقظ عادةً عند الساعة الخامسة أو السادسة - إذ لا يبدو أنها تحتاج إلى أن تنام طويلا الآن - وأنها تغادر الفراش وفق ما يسمح به ألم ظهرها، وتستحم بالرشاش،

وتلبس ثيابها. وبعد أن تنزل إلى الطابق الأرضي، تتناول أدويتها، وتطعم الكلب، وتتناول فطورها. سألها بلوداو: ماذا تناولت على الفطور في هذا اليوم؟ قالت إنها تناولت الرقائق (cereal) وموزة. وأضافت أنها تكره الموز، ولكنها سمعت أنه مهم ليزودها بما تحتاج إليه من بوتاسيوم، ولذلك فهي تخاف أن تتركه. وتابعت أنها بعد الفطور تأخذ الكلب ليتمشى بعض الوقت في الفناء، ومن ثم تقوم بواجبات الحياة، مثل الكي والتنظيف وما أشبه ذلك. في وقت متأخر من الضحى، تأخذ راحة من العمل لتشاهد برنامج The Price Is Right. قالت جين غافريلز إن غداءها هو عبارة عن شطيرة وعصير البرتقال، وإذا كان الجو جميلا فهي تجلس في الفناء. وأضافت أنها تحب العمل في حديقتها، ولكن هذا لم يعد ممكنا. قالت إنها تشعر بأن الوقت بطيء بعد الظهر، فقد تقوم ببعض مهام العمل المنزلي الأخرى، وقد تأخذ قيلولة ما بعد الظهر، وقد تمضي الوقت في الحديث بالهاتف. ثم يحل أخيرا وقت تحضير العشاء الذي يتكون من سلطة ومعها بطاطس مشوية أو بيضة مقلية. قالت إنها تشاهد في الليل برنامج Red Sox أو The Patriots، أو تشاهد كرة السلة التابعة للكليات، فهي تحب الرياضة. وقالت إنها تأوي إلى فراشها عادة عند منتصف الليل.

طلب منها الدكتور بلوداو أن تجلس على سرير الفحص، وقد كافحت لتصعد، واختل توازنها على الدرجة، ولذلك أمسك الطبيب بذراعها. وعلى سرير الفحص قاس الطبيب نبضها، ووجده طبيعيا، وفحص عينيها وأذنيها وطلب منها فتح فمها. وأنصت الطبيب إلى قلبها وإلى رئتيها لوقت قصير، مستخدما سماعة الطبيب. لم يبدُ على الدكتور بلوداو ميل إلى البطء إلا عندما نظر إلى يديها. لقد لاحظ أن أظافرها قلمت بشكل متقن.

سألها: «من يقلم أظافرك؟».

قالت جين غافريلز: «أنا أقلمها».

أخذت أفكر ما الذي يمكن للدكتور بلوداو إنجازه من خلال هذه الزيارة، فهذه العجوز تبدو في حالة طيبة قياسا إلى عمرها، ولكنها مصابة بكل أنواع العلل، من التهاب المفاصل المتنامي إلى سلس البول، إلى ما يمكن أن يكون ورما انتقاليا لسرطان القولون. بدا لي أنه لم يكن أمام الدكتور بلوداو - وهو لا يملك

إلا أربعين دقيقة لفحص المريض - إلا أن يركز على بعض الأولويات حتى يحدد بالضبط الهدف الذي يجب أن يعطيه الأهمية، أي أن يركز إما على المشكلة التي يرى مؤشرات على أنها تهدد حياة المريضة (مثل احتمال وجود ورم انتقالي)، وإما المشكلة التي تقض مضجع المريضة أكثر من غيرها (مثل ألم الظهر). لكن بدا واضحا أن ما يدور في باله مختلف تماما، فلم يسأل إلا قليلا عن أي من المشكلتين. وقضى وقتا مستفيضا في فحص قدميها.

ولما طلب إليها أن تخلع حذاءها وجوربها تساءلت: «هل هذا ضروري؟»، وأجاب: «نعم». ثم بعد أن غادرته المريضة قال لي: «عليك دائما أن تفحص القدمين». ثم قص علي خبرته مع شخص يلبس رابطة العنق الفَراشية (Bowtie)، ويبدو أنيقا وفي صحة طيبة، ولكن حقيقة وضعه انكشفت بفحص قدميه: فهو لا يستطيع الانحناء لتصل يداه إلى قدميه، وظهر لدى الكشف أنه لم ينظف قدميه منذ أسابيع، مما يدل على مدى الإهمال، بل على أنه صار في خطر.

واجهت جين غافريلز صعوبة في خلع حذائها، وبعد أن راقبها فترة وجيزة، ورأى معاناتها، انحنى ليساعدها. ثم بعد أن نزع جوربها، أمسك قدميها بيديه، كل قدم على حدة. وفحصهما إنشا إنشا: الأخمص، وأصابع القدم، والجلدة بين كل إصبعين. ثم ساعدها في لبس جوربها وحذائها، تلفظ بمشاهداته ليسمع جين وابنتها.

قال الدكتور بلوداو إن وضعها يسر تماما. قال إن عقلها نشيط، وإن جسمها قوي. والخطر الذي أمامها هو أن تفقد ما لديها. ثم قال إن أهم خطر يتهددها ليس العقدة التي في الرئة، وليس ألم الظهر، بل الخطر هو أن تقع، فكل عام يقع نحو 350 ألف أمريكي، ويُكسر عظم الورك[25]، و40 في المائة من هؤلاء ينتهي بهم المطاف في مركز رعاية المسنين (بيوت التمريض)، كما أن 20 في المائة منهم تكون نتيجة سقوطهم أنهم يفقدون القدرة على المشي تماما. والعوامل الثلاثة الرئيسية التي تضع المسن في خطر السقوط هي: ضعف التوازن، وتناول أكثر من أربعة أدوية، ولو أمر بها الأطباء، وضعف العضلات. وإذا لم يعانِ المسن أيا من هذه الأخطار فإن هناك مع ذلك خطرا يبلغ 12 في المائة من أن يقع في غضون العام، أما الذين لديهم كل العوامل الثلاثة من أخطار السقوط فإن سقوطهم مؤكد لدرجة تكاد تبلغ مائة في المائة. وجين غافريلز لديها على الأقل اثنان من عوامل الخطر، فتوازنها ضعيف:

صحيح أنها لا تستخدم عكازة متعددة الأرجل (walker) للمشي، بيد أن الدكتور بلوداو لاحظ، في أثناء دخولها، مشيتَها التي تنم عن قدمين مفلطحتين (flatfoot)، كانت قدماها متورمتين، وأظافر قدميها غير مقلمة. وهناك بعض التقرح بين أصابع القدمين، ولاحظ وجود بعض التقرنات السميكة والدائرية في النتوء الكروي عند قاعدة إبهام القدم.

يضاف إلى هذا أن جين تتناول خمسة أدوية وفق وصفات الطبيب. صحيح أن كلا منها مفيد بلا ريب، ولكن مجموعها يسبب الأعراض الجانبية المعتادة، ومنها الدوار. يضاف إلى هذا أن واحدا من أدوية ضغط الدم مدر، ويبدو أنها تشرب قليلا من السوائل، مما يجعلها في خطر الجفاف، وقد يزيد من حدة الدوار. لاحظ بلوداو حينما فحص لسان جين أنه جاف كالخشبة.

لم يبدُ على جين ضعف مهم في العضلات، وهذه علامة طيبة، فقد لاحظ حينما نهضت من كرسيها أنها لم تتكئ على ساعديها ليساعداها على القيام، بل قامت ببساطة؛ وهذا مؤشر إلى محافظة طيبة على قوة العضلات. ولكنه لاحظ من تفاصيل حياتها اليومية - كما عرضتها - أنها فيما يبدو لا تتناول ما يكفي أو يكاد يكفي من السعرات الحرارية للمحافظة على ما لديها من قوة. هنا سألها بلوداو عما إذا كان وزنها قد انخفض أخيرا، وأقرت بأنها فقدت نحو 3.2 كيلوغرام في الشهور الستة السابقة.

أخبرني بلوداو - فيما بعد - أن دور أي طبيب أن يحافظ على جودة الحياة، ويعني بذلك أمرين: إبقاء المريض بعيدا قدر الإمكان عن الأعراض الشديدة للمرض، والمحافظة على ما يكفي من أداء الجسم ليكون الفرد عضوا نشطا في العالم. وأضاف أن أكثر الأطباء يعالجون المرض، ويتصورون أن ما وراء ذلك من مشكلات سيُحَل تلقائيا. كما يتصورون أنه حتى إذا لم تُحَل تلك المشكلات - أي أنه إذا أصبح المريض غير قادر على الحركة، وظهر أن أحواله تتجه إلى إجبار أهله على أخذه إلى بيت التمريض - فإن هذا - وفق رأيهم - ليس في الحقيقة مشكلة طبية. أليس هذا موقفهم؟

غير أن طبيب الشيخوخة يخالف الأطباء الذين يعتقدون هذا، فإن نشاط المريض ومشاركته هما في الحقيقة جزء من المشكلة المرضية؛ فالأفراد لا يستطيعون

إيقاف تقدم الشيخوخة في أبدانهم وعقولهم، ولكن هناك طرقا لجعل هذا الأمر أكثر خضوعا للسيطرة وتجنيب الفرد بعضا من آثار الشيخوخة على الأقل. لهذا فقد حوَّل بلوداو جين غافريلز إلى طبيب الأقدام (podiatrist)، وطلب منها أن تراجع ذلك الطبيب كل أربعة أسابيع، وذلك لزيادة العناية بقدميها. ولم يرَ من أدويتها ما يجب إيقافه، ولكنه غير دواءها المعالِج للضغط، والذي يسبب الإدرار إلى دواء مناسب لمكافحة ضغط الدم ولا يسبب الجفاف. طلب من جين أن تتناول وجبة خفيفة في أثناء النهار، وأن تخرج كل الأطعمة منخفضة السعرات الحرارية ومنخفضة الكوليسترول من البيت، وأن تحاول جعل بعض أفراد الأسرة، أو بعض الأصدقاء، يشاركونها أكثر في وجبات الطعام. وعلق على هذا بقوله: «إن تناول الطعام من دون مشاركة لا يبعث على الشهية». ثم طلب منها أن تزوره بعد ثلاثة أشهر، حتى يتأكد من أن الخطة تسير سيرا حسنا.

بعد نحو عامٍ من هذه الزيارة تفقدت أحوال جين لسؤالها وسؤال ابنتها. كان عمر جين وقتها ستة وثمانين عاما. وتبين لي أن أكلها تحسن، بل إن وزنها زاد نحو كيلوغرام. وكانت لاتزال تعيش بشكل مريح في بيتها، مستقلة عن الباقين، وتبين أنها لم تتعرض لأي سقوط.

أما أليس هوبسون فقد بدأت تتعرض للسقوط قبل زيارتي الدكتور يورغن بلوداو ولقائي بجين غافريلز بفترة طويلة، وقبل أن أدرك الاحتمالات التي قد تنجم عن مثل ذلك السقوط. لم نكن ندرك، أنا أو أي فرد آخر في العائلة، أن سقطاتها هي بمنزلة جرس مجلجل حول ما يمكن أن يحدث، ولم نكن نعلم أن مجرد بعض التغييرات البسيطة كان يمكن أن يحفظ لها، لفترة ما على الأقل، الاستقلالية وجودة الحياة التي تريدها. بل إن أطباءها لم يدركوا ذلك أيضا على الإطلاق؛ لذلك فإن أمورها كانت تسير من سيئ إلى أسوأ.

ما حدث بعد ذلك لم يكن سقطة، بل حادث سيارة؛ فبينما كانت أليس تقود سيارتها (شيفروليه إمبالا) إلى الخلف، لتخرج عبر ممر السيارة إلى الشارع، اندفعت إلى الشارع بسرعة، وصعدت جانب الرصيف، ثم دخلت فناء أحد الجيران، ولم تستطع إيقاف السيارة حتى اصطدمت ببعض الشجيرات المجاورة لبيت جيرانهم. قدرت العائلة أن أليس داست على دواسة السرعة بدلا من أن تدوس على المكبح،

بينما أصرت أليس أن دواسة السرعة علقت. تظن أليس أنها سائقة ماهرة، وهي تكره فكرة أن يظن أحد أن المشكلة في سنها المتقدمة.

إن ما يحدث للجسم حينما تنحدر قواه هو زحف مثل زحف النبات المتسلق، قد لا ينتبه المرء إلى التغيرات التي تحدث من يوم إلى يوم؛ فالفرد يتواءم مع هذه التغيرات الطفيفة، ثم يحدث شيء حاسم يظهر من خلاله في النهاية أن الجسم ليس كما كان. وما كشف هذا التغير الحاسم لم يكن سقطات أليس، ولا حادث السيارة، كان الذي كشف عن المشكلة عملية احتيال.

فبعد حادثة السيارة بفترة وجيزة، استأجرت أليس رجلين ليقوما بأعمال تتعلق بالأشجار والفناء. وحينما عرضا سعر الخدمة، كان السعر معقولا، ولكن من الواضح أن ما كان الرجلان يفكران فيه هو أن هذه المرأة يسهل استغلالها؛ فبعد أن أنهيا العمل طلبا منها نحو ألف دولار، فاعترضت بشدة، فأليس دقيقة جدا ومنظمة فيما يتعلق بالمال. وهنا ظهر على الرجلين الغضب، وبدآ في التهديد. وعندما شعرت بأنها قد ضُيق عليها الخناق كتبت الشيك. هذه الحادثة هزتها، ولكنها خجلت من نفسها ولم تخبر أحدا عما حدث، على أمل أن تنسى الموضوع، ثم جاء الرجلان أنفسهما في وقت متأخر من المساء التالي وطلبا مزيدا من النقود. جادلتهما أليس، ولكنها في نهاية المطاف كتبت الشيك الثاني، ثم تكرر المشهد نفسه. كان مجموع ما استلبه الرجلان أكثر من سبعة آلاف دولار. ولكن حتى بعد ذلك بقيت أليس عازمة على ألا تكشف شيئا عن الموضوع، غير أن الجيران سمعوا ارتفاع الأصوات عند باب أليس، وطلبوا الشرطة.

كان الرجلان قد انصرفا قبل وصول الشرطة، لهذا أخذ أحد رجال الشرطة من أليس تصريحا حول ما حدث، ووعدت الشرطة بأن تجري تحقيقا بشأن هذا. وحتى بعد هذا لم ترغب أليس في إخبار العائلة بما حدث، ولكنها علمت أن هذا سيوقعهم في المشكلات، ولذلك، وبعد فترة من التردد، أخبرت ابنها جيم، والد زوجتي.

استفسر جيم من الجيران الذين أبلغوا عن الجريمة، وقالوا إنهم شعروا بالقلق عليها، وإنه لم يعد سكنها وحدها أمرا آمنا. ثم ذكروا له حادثة السيارة التي اصطدمت بالشجيرات، كما أنهم لاحظوا كم أصبحت أمور عادية جدا، مثل إخراج كيس الفضلات إلى طرف الرصيف، شيئا صعبا بالنسبة إليها.

استطاعت الشرطة أن تعثر على المحتالَين وقبضت عليهما بتهمة اللصوصية المضاعفة، وفعلا أدين الرجلان وحكم عليهما بالسجن، ويفترض أن هذا كان سيشعر أليس على بالراحة، ولكنها لم تشعر بالراحة. فكل الإجراءات والمتابعة أبقت ذكرى الاحتيال المتكرر حية في عقلها، وكل هذا أشعرها بازدياد ضعفها أمام ظروف الحياة، وبقيت تستعيد كل هذه الأمور المؤلمة، في الوقت الذي كان يسرها أن تنسى كل ذلك.

لم يمضِ وقت طويل بعد القبض على المحتالَين حتى اقترح ولدها جيم أن ترافقه أليس في جولة على مراكز إقامة المتقاعدين، للتفرج فقط، كما قال. ولكنه كان يعلم، وهي تعلم، أين سينتهي بها المطاف.

سيبقى الانحدار مصيرنا؛ وسيقرع الموت بابنا يوما ما. ولكن ريثما ينتهي عمل النظام البديل داخل كل منا، فإن العناية الطبية تستطيع أن تحدد هيئة درب النهاية من حيث إنه سيكون شديد الانحدار ونوعا من السقوط، أو أنه يكون متدرجا، بحيث يحافظ أحدنا على أهم القدرات التي يحتاج إليها أكثر من غيرها للحياة. نحن الأطباء نكاد لا نفكر في هذا، فما نتقن عمله هو التعامل مع مشكلات المرض المحددة والخاصة بالمريض: مشكلات مثل سرطان القولون، وارتفاع ضغط الدم، والركبة المصابة بالتهاب المفاصل. إذا عرض علينا مرض، فنحن نقوم بواجبنا في معالجته. ولكن حينما تأتينا امرأة عجوز، تعاني ارتفاع ضغط الدم، والتهاب المفاصل في ركبتيها، إلى جانب عدد من العلل الأخرى، وهي بهذا امرأة مسنة في خطر أن تفقد نوعية الحياة التي تحبها، فعلى الأغلب أننا لا ندري ماذا نفعل، وكثيرا ما نتسبب في تدهور أحوال مثل هذه العجوز.

كشف الباحثون في جامعة مينيسوتا University of Minnesota منذ بضع سنين عن أن 568 رجلا وامرأة في أعمار تزيد على السبعين يعيشون منفردين[26]، ولكنهم في خطر شديد من أن يصبحوا عاجزين بسبب مشكلات صحية مزمنة، أو أمراض أصيبوا بها حديثا، أو بسبب تغيرات في عقولهم. ثم أحال الباحثون نصف أولئك المسنين باختيارهم عشوائيا - وبعد الحصول على موافقتهم - إلى فريق من الممرضات المتخصصات بالشيخوخة وأطباء الشيخوخة، وهذا فريق فرغ نفسه لتنمية فن وعلم التعامل مع الشيخوخة. أما النصف الآخر فطلب منهم أن

يستمروا في زيارتهم لأطبائهم المعتادين، هذا بعد أن نبه هؤلاء الأطباء إلى وضع أولئك المسنين، أي كونهم معرضين للخطر الشديد. بعد ذلك بثمانية عشر شهرا كان 10 في المائة من المسنين، من كلتا المجموعتين، قد ماتوا، ولكن كان احتمال إصابة المرضى الذين كانوا يزورون فريق العناية بالشيخوخة بالعجز أقل بنسبة الربع من المجموعة الأخرى، واحتمال إصابتهم بالاكتئاب أقل بنسبة النصف من المجموعة الأخرى. أضف إلى ذلك أن حاجتهم إلى الخدمات الصحية المنزلية كانت أقل بنسبة 40 في المائة.

هذه النتائج مذهلة. فلو أن العلماء نجحوا في تطوير جهاز – ولنطلق عليه اسم «مقاوم الوهن الآلي» (automatic defrailer) – لا يمكنه أن يطيل حياة الإنسان، ولكنه يستطيع أن يُخفّض بشكل ملحوظ احتمال أن ينتهي بالمرء المطاف بأن يعيش في بيت التمريض، أو أن يعاني التعاسة التي يسببها الاكتئاب، فأظن أننا سنتكالب على تركيب هذا الجهاز، ولن يمنعنا من تركيبه حاجة الطبيب إلى أن يشق صدورنا حتى يركب هذا الجهاز داخل القلب. ولو كان هذا متوافرا لتسابقت الفرق الخيرية في إدارة حملات تتخذ من الشريط الزهري شعارا لها وتهدف إلى تركيب مثل هذا الجهاز في صدر كل شخص جاوز الخامسة والسبعين، ولكان مجلس الكونغرس سيعقد جلسات لمناقشة ما الذي يمنع أن يحصل على هذا الجهاز كل من بلغ الأربعين، ولكان طلاب كليات الطب في سباق حثيث ليكون كل منهم متخصصا في جهاز «مقاوم الوهن الآلي»، ولكان وول ستريت قد طرح أسهم الشركات الصانعة للجهاز للبيع.

لكن هذا ليس هو ما حصل. كل ما حصل في تجربة جامعة مينيسوتا هو اختبار جدوى عمل فريق العناية بالشيخوخة، ولم يكن فريق العناية بالشيخوخة يأخذون خزعة من الرئتين، أو يجرون جراحة في الظهر، أو يزرعون أجهزة «مقاوم الوهن الآلي». كل ما كان يفعله هذا الفريق هو تسهيل المعالجة. اهتموا بالسيطرة على التهاب المفاصل، وتأكدوا من أن أظافر أصابع القدمين جرى تقليمها، وأن الوجبات كافية لحاجات الجسم. بحثوا في العلامات المقلقة الناتجة عن العزلة، وأرسلوا موظفا اجتماعيا ليتأكد من أن بيت المسن آمن.

فما مكافأتنا التي قدمناها لمثل هذا العمل؟ خذ الجواب من تشاد بولت Chad Boult، طبيب الشيخوخة الذي قاد البحث الذي أجرته الجامعة. فبعد عدة أشهر

من نشر نتائج بحثهم، والذي أظهر كم كانت حياة المسنين الذين تلقوا عناية المتخصصين بالشيخوخة أفضل، أغلقت الجامعة باب قسم أمراض الشيخوخة.

قال بولت: «تقول الجامعة إنها ببساطة لا تستطيع أن تتحمل الخسائر المالية». كان بولت يتحدث من بالتيمور Baltimore، حيث انتقل لينضم إلى مدرسة جونز هوبكنز بلومبيرغ للصحة العامة(*). يقول بولت إن خدمات معالجة المسنين للفرد الواحد تكلف المستشفى مبلغا يفوق مدخرات ذلك الفرد بمقدار 1350 دولارا، ولا تغطي مؤسسة «ميديكير» Medicare لتأمين المسنين هذه الزيادة في التكلفة. ألا تلاحظ هذا التناقض في التعامل مع الموضوع؟ فلا تجد أحدا يصر على أن منظم ضربات القلب (pacemaker) الذي يكلف 25 ألف دولار، أو تركيب شبكة للشريان التاجي، هو عبء من المال على دافعي التأمين، فيكفي للاستمرار في إجراء هذه العمليات أنها قد يكون فيها بعض النفع لمن يتلقى هذه العملية. بينما تجد أعضاء فريق جامعة مينيسوتا من أطباء الشيخوخة المعتمدين، وعددهم يربو على العشرين، اضطروا إلى أن يجدوا أعمالا بديلة. بل هناك العشرات من المراكز الطبية في طول البلاد وعرضها قد قلّصت أو أغلقت وحدة علاج الشيخوخة. وكثير من زملاء بولت لم يعودوا يضعون الإعلانات حول تخصصهم في أمراض الشيخوخة، لأنهم يخشون أن يأتيهم عدد كبير من المرضى المسنين. يقول بولت عن هذا: «صار العمل في هذا المجال صعبا بشكل لا يحتمل من الناحية الاقتصادية».

غير أن علينا أن نمضي خطوة أخرى، أي أن نلاحظ أن الصورة البائسة لتمويل أمراض الشيخوخة ليست سوى عرضٍ لحقيقة أعمق: وهي أن الناس لم يأخذوا تغيير أولوياتهم مأخذ الجد. كلنا يحب الأجهزة الطبية الحديثة، ونحن نطلب من صانعي السياسة أن يهتموا بدفع ما يؤمن إنتاج مثل هذه الأجهزة. ونحن نريد أطباء يقدمون الوعود بأنهم سوف يعيدون للناس عافيتهم. ولكن ماذا عن أطباء الشيخوخة؟ من يتنافس على دعم أطباء الشيخوخة؟ إن ما يصنعه أطباء الشيخوخة – أن يعززوا حفاظنا على إمكانياتنا في سني الشيخوخة، وقدرتنا على الصمود أمام مصاعب تلك السنين – هو من ناحية صعبٌ، ومن ناحية محدودٌ بشكل لا يترك

(*) Johns Hopkins Bloomberg School of public Health.

له بريقا. إن ما يحتاج إليه الطبيب المتخصص في هذا المجال هو أن ينتبه للجسم وتغيراته، لا أن يتيقظ لوضع التغذية، والأدوية التي يتناولها المريض، وأحوال حياته. ويحتاج هذا المجال من كل منا إلى أن يتأمل في أمور الحياة التي لا يمكن إصلاحها وإعادتها إلى وضعها السليم، وإلى أن يتأمل في هذا الانحدار الذي لا مفر لنا من أن نواجهه، وذلك حتى نجري التغييرات الصغيرة التي لا بد منها ليسلك الجسم سلوكا جديدا وفق الظروف. فحينما يسود وهم بأن حياتنا فوق التغيير، فإن أطباء الشيخوخة يصرون على إبصار ذلك الجانب غير المحبوب والمسبب للقلق، وهو أننا لسنا فوق التغيير.

نذر فيلكس سيلفرستون حياته لحل مشكلات الشيخوخة والتعامل مع حقائقها غير المحببة. لقد ظل يقود الركب على مستوى الأمة في مجال الشيخوخة مدة خمسة عقود. ولكن سيلفرستون نفسه كان حينما التقيته قد بلغ السابعة والثمانين. وكان يدرك أن عقله وجسمه صارا عرضة للنقص بفعل السنين، وأن ما كان يدرسه طوال فترة تأديته مهنته لم يعد بعيدا عن واقعه هو.

كان فيلكس محظوظا بأنه لم يحتج إلى إيقاف عمله، حتى بعد أن تعرض لنوبة قلب وهو في الستينيات من عمره، إذ فقد نصف قدرة قلبه على أداء وظيفته. ولم توقفه إصابته بحالة تكاد تُعد سكتة قلبية في سن التاسعة والسبعين.

وصف لي سيلفرستون ما حصل قائلا: «كنت جالسا في بيتي في إحدى الأمسيات، وإذ بي أشعر بخفقان سريع للقلب. لم أكن أفعل ما يوجب هذا، فقد كنت أقرأ فقط، وبعد بضع دقائق ضاق تنفسي، وبعد هذا بقليل بدأت أشعر بثقل في الصدر. أخذت قياسا لنبضي، فإذ هو قد تجاوز المائتين».

انظر إلى نوعية هذا الشخص، فهو يفكر وهو في وسط آلام صدره بأن هذه فرصة لفحص نبضه.

أضاف فيلكس: «ناقشت أنا وزوجتي ما إذا كان يلزم أو لا يلزم طلب الإسعاف. ثم قررنا طلبها».

بعد أن وصل فيلكس إلى المستشفى اضطر الأطباء إلى استخدام صدمة كهربائية لإعادة قلبه إلى النبض. تبين أنه يعاني «تسرعا بطينيا» (ventricular tachycardia) وزرع في صدره مزيل رجفان آليا (automatic defibrillator). شعر فيلكس بأنه

في عافية بعد مرور بضعة أسابيع، ومنحه طبيبه الإذن ليعود إلى عمله بدوام كامل. وعاد فيلكس إلى ممارسة عمله الطبي بعد هذه الأزمة، على الرغم من احتياجه إلى معالجة فتق مركب، وجراحة المرارة، وإصابته بالتهاب المفاصل الذي كاد يمنعه تماما من ممارسة شغفه بعزف البيانو، وإصابته بكسور انضغاطية في العمود الفقري الذي شاخ عند فيلكس إلى درجة أنه فقد أكثر من سبعة سنتيمترات من طوله الذي كان يبلغ 170 سنتيمترا، وكذلك فقد سمعه.

قال لي فيلكس: «لقد استبدلت بسماعتي القديمة سماعة إلكترونية؛ إن هذه السماعات الإلكترونية غير مريحة، ولكنها جيدة جدا».

ثم اضطر فيلكس في نهاية المطاف إلى التقاعد وعمره اثنان وثمانون. والشيء الذي اضطره إلى التقاعد ليس تداعي صحته، بل صحة زوجته بيللا. لقد ظلا زوجين مدة تزيد على ستين عاما. كان فيلكس قد قابلها وهو طبيب مقيم، وكانت هي اختصاصية تغذية في مستشفى مقاطعة كينغز، في بروكلين. وبعد أن رُزقا طفلين ذكرين بقيا مع طفليهما في فلات بوش. وحينما غادر ولداهما الشابان البيت، حصلت بيللا على شهادة تدريس وبدأت تعمل مع الأطفال الذين يعانون إعاقة تعليمية. غير أنها لما بلغت عقد السبعينيات ضعف بصرها نتيجة مرض في الشبكية، واضطرت إلى ترك العمل. وبعد مرور نحو عقد على هذا أصبحت شبه عمياء. لم يعد فيلكس يشعر بأنها في أمان كلما غادر المنزل وتركها وحيدة، ولذلك ترك العمل في عيادته في العام 2001. ثم انتقل الزوجان إلى أورتشارد كوف Orchard Cove، وهو مجتمع خاص بالمتقاعدين في كانتون، ماساتشوستس، خارج مدينة بوسطن، حيث أصبحا أقرب لابنيهما.

قال فيلكس معلقا على هذا التغيير: «لم أعتقد أنني سأعيش بعد هذا التغيير». لقد كان يلاحظ لدى مرضاه كم هو قاسٍ إثر التحولات التي تحدث على مدى العمر. كان يشعر بأن تغيرات من نوع رؤية آخر مريض من مرضاه، أو حزم متاعه لينتقل من بيته، ستُفضي إلى موته. وقال وهو يتذكر هذه الأحداث: «لقد اضطررت إلى تقويض حياتي ونظام المنزل في آن واحد. لقد كان هذا شيئا مفزعا».

كنت يوما أزوره في المكتبة المتفرعة عن الردهة الرئيسية لأورتشارد كوف. كان النور يتدفق من نافذة مطلة على منظر طبيعي، والجدران مزينة بلوحات

فنية تدل على الذوق، والأرائك منجدة بلون أبيض من طراز فيدرال. فالمكان يشبه فندقا جميلا، غير أنك لا ترى شخصا عمره أقل من خمسة وسبعين عاما يمشي في المكان. يقطن فيلكس وبيللا في شقة من غرفتي نوم، تطل على منظر غابة، وأمامها أرض فسيحة. ويوجد في غرفة المعيشة بيانو كبير لفيلكس، وله طاولة عليها أكداس من المجلات الطبية، لأنه لايزال مشتركا بهذه المجلات، وقال معلقا: «لمجرد الرضا النفسي». وشقة الزوجين هي من فئة الشقق ضمن وحدة «الحياة المستقلة» (Independent Living Unit). وتشمل هذه الفئة خدمة الترتيب، وتغيير بياضات الأثاث، وإحضار العشاء كل مساء. وإذا احتاج الزوجان إلى رفع درجة المعيشة، فيمكن لهما أن يطلبا بعض الخدمات المساعدة، وهذا يشمل ثلاث وجبات، وعناية شخصية يمكن أن تصل إلى ساعة واحدة كل يوم.

مثل هذا المجتمع الخاص بالمتقاعدين ليس بالطبع لأصحاب الدخل المتوسط، ولكن حتى في النوع المتوسط يكون الإيجار 32 ألف دولار في العام، تُضاف إليها رسوم الدخول، والتي تبلغ في العادة 60 ألفا إلى 120 ألفا. أما متوسط دخل الناس ممن هم في عمر الثمانين فما فوق فهو لا يزيد على 15 ألف دولار. يعني هذا أن أكثر من نصف المسنين الذين يعيشون في منشآت العناية بالكبار للمدى الطويل ينفقون كل مدخراتهم، ويضطرون إلى طلب المساعدة الحكومية – نظام الرعاية – حتى يغطوا تلك النفقات. نجد في نهاية المطاف أن الأمريكي متوسط الدخل يمضي سنة أو أكثر من سن الشيخوخة معاقا وفي مركز لرعاية المسنين (بتكاليف تزيد خمس مرات على التكاليف السنوية للعيش في مكان مستقل)، وهذا هو المصير الذي كان فيلكس يأمل بكل كيانه أن يتجنبه.

كان فيلكس يحاول أن يسجل التغيرات التي تمر به بصورة موضوعية، وهذا هو اللائق بطبيب الشيخوخة من مستوى فيلكس. لاحظَ مثلا أن جلده قد جف، وأن قدرته على الشم قد انخفضت، وأن رؤيته الليلية صارت ضعيفة، وأنه يصاب بالإعياء بسرعة، وبدأ فيلكس يفقد بعض أسنانه. ولكنه كان يتخذ الخطوات اللازمة قدر إمكانه. كان يستخدم سائلا مرطبا حتى يتجنب تشققات الجلد؛ وكان يحمي نفسه من الحرارة؛ كان يمارس التدريب الرياضي بركوب الدراجة ثلاث مرات في الأسبوع؛ وكان يزور طبيب الأسنان مرتين في العام.

كان أشد قلقه على التغيرات التي تطرأ على عقله. قال فيلكس: «لا يمكنني أن أفكر بالصفاء نفسه الذي كنت عليه. كان بإمكاني أن أقرأ صحيفة نيويورك تايمز في نصف ساعة، بينما يستغرق هذا مني الآن ساعة ونصف الساعة». وحتى مع قضاء كل هذا الوقت في قراءة الصحيفة فهو غير متأكد من أنه يفهم بمقدار ما كان يفهم في الماضي، وكذلك فإن ذاكرته تسبب له المتاعب. قال في شرحه لهذا: «إذا راجعت نفسي لأرى ماذا قد قرأت، أجد أنني أعلم أنني قرأت كذا وكذا، ولكني ألاحظ أحيانا أنني لا أذكر حقا ما قرأته. فالمسألة هي مسألة الذاكرة قصيرة المدى والتي تسجل المعلومات، فإن من الصعب على عقلي أن يلتقط المعلومة ويدخلها ويحافظ عليها».

يستفيد فيلكس من الطرق التي كان يعلِّمها مرضاه في السابق. أخبرني عن ذلك بقوله: «إنني أحاول أن أركز عن قصد على الشيء الذي أفعله، بدلا من أن أفعله بشكل آلي. لا أعني أني فقدت القدرة الآلية على عمل الأمور، ولكن لم يعد بإمكاني أن أعتمد على مهارتي كما كنت في السابق. فعلى سبيل المثال، لا أستطيع أن أفكر بشيء آخر وأرتدي ملابسي، لا أكون متأكدا حينها أنني لبست كل شيء بشكل تام». لاحظ فيلكس أن محاولة أن يكون واعيا عن قصد لا تنجح في كل مرة، ولاحظت أنه يخبرني أحيانا القصة نفسها مرتين في خلال محادثتنا. فخطوط التفكير في ذهنه يحدث أن تنزلق أحيانا إلى دروب معتادة وقديمة قد أخذت شكل الأخاديد، وحتى حينما كان يحاول جاهدا أن يعيد توجيه تفكيره إلى مسار جديد، فإن ذهنه كان يقاوم هذا أحيانا. صحيح أن علم فيلكس بوصفه طبيب شيخوخة أجبره على أن يلاحظ طريقة انحداره، ولكن هذا لا يعني أن هذا سهّل له قبول الواقع.

قال فيلكس عن ذلك: «يصيبني بالكآبة أحيانا. نعم أظن أنه تمر بي موجات من الكآبة تعود إليّ مرة بعد مرة. ليست شديدة إلى حد أنها تعيقني، ولكنها...» وفكر هنا باحثا عن الكلمة المناسبة، ثم قال: «ولكنها تسبب الضيق».

الشيء الذي يعطي فيلكس الدعم النفسي، على رغم ما يواجه من قيود، هو أنه إنسان ذو هدف. وهو كما قال الهدف نفسه الذي كان يمده بالقوة خلال عمله طبيبا: أن يقدم خدماته، بأي طريقة ممكنة، لمن هم حوله. فلم يمضِ عليه في أورتشارد كوف أكثر من بضعة شهور قبل أن يسهم في توجيه لجنة تهتم بتحسين

خدمات العناية بالصحة في ذلك المجتمع، كما أنشأ ناديا للأطباء الراغبين في قراءة المجلات العلمية. بل إنه كان يرشد شابة متخصصة في طب الشيخوخة في إجراء أول دراسة لها في مجال البحث المستقل، ويشمل بحثُها دراسةً استقصائيةً لمواقف المقيمين في المجتمع تجاه طلب «لا تحاولوا إنعاشي» (DNR)(*) الذي يسجله بعض من يواجه خطر الموت.

غير أن هناك ما هو أهم من ذلك، وهو حمله المسؤولية عن أولاده وأحفاده، وأهم من ذلك كله زوجته بيللا. فما أصابها من عمى ومشكلات الذاكرة جعلها تتكل على غيرها بشكل كبير. فلولا فيلكس لكان لا بد من نقل بيللا إلى مركز العناية بالمسنين، أي بيت التمريض. كان يساعدها في لبس ثيابها، ويعتني بتنظيم أدويتها. ويعد لها الفطور والغداء، ويأخذها في جولات على الأقدام ويأخذها إلى مواعيدها مع الطبيب. قال هنا حول ذلك: «إنها مقصدي في الحياة الآن».

لا توافق بيللا دائما على طريقة تصرف فيلكس، وقال لي وهو يشرح ذلك: «نحن دائما في جدال؛ إذ يتهجم أحدنا على الآخر حول عدد كبير من الأشياء. ولكننا في الوقت نفسه نسارع إلى المسامحة».

قال فيلكس إنه لا يشعر بأن المسؤولية التي يحملها بشأن بيللا عبء عليه. فبعد أن ضاقت دائرة نشاطه في الحياة، صار يشعر بأن قدرته على العناية ببيللا أصبحت أهم مصدر لشعوره بأن له قيمة.

قال فيلكس عن ذلك: «أنا المسؤول الحصري عن العناية بها، وهذا يسعدني». وهذا الدور الذي يقوم به يزيد في اهتمامه بأنه يجب أن يكون متيقظا للتغيرات في قدراته؛ فلا يمكن له أن يقدم لها ما يجب إذا لم يكن أمينا مع نفسه حول الحدود التي لا يمكن أن يتخطاها.

دعاني فيلكس في إحدى الأمسيات إلى العشاء. وقاعة الطعام الرسمية لديهم تشبه صالات المطاعم، وتشتمل على مكان محجوز لمن يطلبه، وتتوافر فيه خدمة الطعام، ويكون الحضور بالملابس الرسمية، أي أن ارتداء السترة إجباري. في الواقع لم تكن معي سترة، فقد جئت بمعطف المستشفى الأبيض، لذلك اضطررت إلى أن

(*) الـ DNR اختصار لـ Do Not Resuscitate.

أستعير سترة خفيفة بحرية من رئيس الندُل (maître) حتى يُسمح لي بالجلوس. أما فيلكس فقد دخل ببدلة بنية وقميص من نوع أوكسفورد بلون الحجارة، وقد شبكت بيللا يدها بيده، وهي تلبس فستانا مزوقا بالزهور الزرقاء يصل إلى الركبة، وهو من اختياره، وأوصلها إلى الطاولة. كانت بيللا أنيسة وعذبة الحديث، وعيونها توحي بالشباب. ولكنها بعدما جلست لم تجد صحن الطعام الذي أمامها، فكيف بالاطلاع على قائمة الطعام. لكن فيلكس طلب لها وجبتها: شوربة الأرز البري، وعجة البيض «أوملت»، والبطاطس المهروسة، والقرنبيط المهروس. ثم أضاف مخاطبا النادل: «من دون ملح»، وذلك لارتفاع الضغط لديها. وأما لنفسه فقد طلب فيلكس سمك السلمون مع البطاطس المهروسة. وأما أنا فقد طلبت الشوربة وشواء لندن.

بعد أن وصل الطعام بدأ فيلكس يخبر بيللا أين توجد مختلف الأشياء، يحرك يده بانتظام وهدوء، ووضع في يدها شوكة. ثم اهتم بوجبته هو.

اهتم كلا الزوجين بمضغ اللقمة ببطء، ومع ذلك كانت بيللا الأولى في أنها غصّت بلقمتها، وكانت لقمة أوملت. التمعت عيناها بالدموع، ثم بدأت تسعل. ساعدها فيلكس في إيصال كأس الماء إلى فمها. وبعد أن أخذت جرعة من الماء استطاعت أن تبلع اللقمة.

وشرح لي فيلكس الموضوع، فقال: «بعد أن يتقدم بك العمر، يسبب انحناءُ العمودِ الفقري (lordosis) دفعَ الرأس إلى الأمام. وهكذا فحينما ينظر العجوز إلى الأمام بخط مستقيم، فإن هذا يعادل نظر الأصغر سنا إلى السقف. حاول أن تبلع وأنت تنظر إلى السقف، فلا بد إذا فعلت هذا من أن تغص باللقمة في بعض الأحيان. وهذه مشكلة منتشرة بين المسنين. اسمع ما يحدث في هذه الصالة». وفعلا لاحظت وقتها أن هناك شخصا في صالة الطعام يغص بلقمته كل دقيقة تقريبا. ثم التفت فيلكس إلى بيللا، وقال: «لا بد يا حبيبتي أن يكون رأسك منحنيا إلى أسفل وأنت تأكلين».

غير أنه بعد لقمتين فقط كان هو الذي غص باللقمة. وكانت لقمة سمك السلمون. احمرَّ وجهه نتيجة ما حصل، ولكنه استطاع أخيرا أن يسعل حتى أخرج اللقمة، واحتاج إلى دقيقة حتى استعاد تنفسه.

قال فيلكس عند ذلك: «لقد أهملت اتباع الإرشادات التي أقدمها لغيري».

لا شك في أن فيلكس سيلفرستون يقاوم بكل اهتمام أنواع الوهن التي تأتيه بسبب تقدم السن. في الماضي كان مجرد رؤية شخص عاش إلى السابعة والثمانين أمرا جديرا بالملاحظة، ولكن ما هو جدير بالملاحظة الآن هو أن ترى كم ينجح هذا الرجل في ضبط أمور حياته. فحينما باشر عمله طبيبا للشيخوخة، لم يكن المرء يتصور أن شخصا عمره سبعة وثمانون، ويحمل هذا التاريخ من المشكلات الصحية، يستطيع أن يعيش مستقلا، وأن يعتني بزوجته صاحبة الإعاقة، وأن يتابع الإسهام في البحث العلمي.

يمكن أن نُعقّب جزئيا على وضع سيلفرستون بأنه رجل محظوظ. فلم تضعف ذاكرته مثلا بشكل شديد. ولكن علينا أن نقول في الوقت نفسه إنه تعامل مع تقدم العمر بشكل حسن. كان الهدف الذي وضعه لنفسه معقولا ولم يكن خياليا: أراد أن يعيش حياة جيدة بقدر ما يسمح به علمه الطبي، وبقدر ما تسمح به قدرات جسمه. لهذا بقي يدخر، ولم يسارع إلى التقاعد، وهو بالتالي ليس في ضيق مالي. كما أنه حافظ على تواصله الاجتماعي وتجنب العزلة. وبقي فيلكس يراقب عظامه وأسنانه ووزنه، كما اهتم بأن يجد طبيبا لديه من المهارات في أمور الشيخوخة ما يساعده على التمسك بحياة الاستقلال.

سألتُ تشاد بولت، بروفسور أمراض الشيخوخة، ما الذي يمكن عمله لتأمين وجود عدد كافٍ من أطباء الشيخوخة يوازي الموجات الضخمة من تزايد أعداد المسنين. وكان جوابه: «لا شيء، فقد فات الوقت». قال هذا لأن تدريب وتخريج متخصصين في أمراض الشيخوخة يأخذ وقتا، فمنذ الآن تجد العدد أقل من الحاجة بكثير. وفي غضون عام من الآن، لا يكون قد أنهى دراسته من أطباء أمراض الشيخوخة في الولايات المتحدة إلا أقل من ثلاثمائة طبيب[27]، وهذا العدد لا يعوض ولا يكاد يعوض عن أطباء أمراض الشيخوخة الذين سيكونون قد تقاعدوا، فكيف بالوفاء بالحاجة على مدى العقد المقبل. والحاجة تشمل كل شيء في هذا المجال بالقدر نفسه: أطباء أمراض الشيخوخة، والممرضات، والعاملين الاجتماعيين، وليس هناك من مؤشرات على وجود ما يسد هذه الحاجات. كما أن الحالة في الدول الأخرى غير الولايات المتحدة لا تبدو مختلفة كثيرا، بل إن الحالة في كثير من البلاد أسوأ.

ومع ذلك يعتقد بولت أنه لايزال لدينا وقت لخطة أخرى: فلو كان الأمر بيده لكان سيوجه أطباء أمراض الشيخوخة إلى أن يدربوا جميع أطباء العناية الأولية

وممرضات العناية الأولية على العناية بالطاعنين في السن، بدلا من أن يعتني أطباء أمراض الشيخوخة بالمسنين بأنفسهم. وحتى طلب الدكتور بولت هذا عسير المنال؛ فـ 97 في المائة من طلاب كليات الطب لا يُدرَّسون أي مقرر بعنوان أمراض الشيخوخة، وخطة الدكتور بولت تعني أن الشعب الأمريكي سيدفع لأطباء أمراض الشيخوخة للتعليم وليس لتقديم العناية بكبار السن. ولكن إذا توافرت النية فإن بولت يُقدّر أنه سيكون بالإمكان على مدى عقد من الزمن طرح مقرر من هذا النوع في كل كلية طب، وكل كلية تمريض، وكل معهد للعاملين الاجتماعيين، وكل برنامج لتدريب الطلاب على طب الباطنية.

أضاف بولت: «لا بد من أن نفعل شيئا، فحياة المسنين يمكن أن تكون أفضل مما هي عليه الآن».

قال لي فيلكس سيلفرستون بعد أن أنهينا العشاء: «هل تعلم أنني لاأزال أزاول السواقة؟ بل إنني سائق جيد جدا».

احتاج فيلكس إلى أن يقوم بمهمة صغيرة، وهي إحضار الأدوية الموصوفة لبيللا من ستاوتن، والتي تقع على بعد بضعة كيلومترات، فسألْتُه إذا كان يسمح لي بأن أرافقه. كانت عنده سيارة تويوتا كامري ذهبية اللون، عمرها عشر سنوات، مزودة بميزة نقل المسنَّن آليا (Automatic Transmission)، ويظهر من عداد الكيلومترات المقطوعة أنها قطعت نحو 63 ألف كيلومتر. كانت سيارة بدائية، داخلا وخارجا. رجع فيلكس القهقرى ليخرج من فسحة الوقوف الضيقة، وانطلق من المرآب ولسيارته أزيز. لم تبدُ على يديه رعشة وهو يسوق السيارة، وساق السيارة في شوارع كانتون، والوقت غسقا، في ليلة ظهور القمر الجديد، ووقف وقوفا هادئا عند أنوار المرور، وكان يعطي الإشارات في الوقت المناسب لها، ويدور مع الشوارع من دون تغيير مفاجئ.

أريد أن أقر بأنني كنت أهيئ نفسي لكارثة. إن خطر اصطدام السيارة القاتل حينما يكون السائق في عمر الخامسة والثمانين أو أكثر يزيد ثلاث مرات على الخطر حينما يكون السائق مراهقا[28]. فأكبر السائقين عمرا هم أشد السائقين عرضة للخطر في أثناء القيادة. تذكرتُ وقتها أليس وما أحدثته من دمار، وخطر ببالي كم كانت محظوظة أنه لم يكن هناك طفل في فناء جيرانها. حدث منذ بضعة شهور في لوس

أنجلس أن شخصا يدعى جورج ويلر أُدين بالقتل غير العمد بعد أن اختلطت عليه دواسة السرعة ودواسة الفرامل فاخترق بسيارته البويك حشدا من المتسوقين في سوق المزارعين في سانتا مونيكا، وبلغ عدد القتلى عشرة أشخاص، وبلغ عدد المصابين غير القتلى أكثر من ستين. كان عمر جورج ويلر ستة وثمانين عاما[29].

غير أنه لم يبدُ أن فيلكس يواجه مشكلات في القيادة. حدث أننا قابلنا في أثناء هذه الرحلة علامات باهتة تشير إلى أعمال صيانة الطريق، وكانت هذه الأعمال على تقاطع، ولكن العلامات وجهت فيلكس ومن هم في خط سيره إلى شبه مواجهة مباشرة مع العربات الآتية باتجاه معاكس. أظهر فيلكس مقدارا طيبا من تدارك الموقف، فقد سارع إلى تعديل اتجاهه، وأخذ المسار الصحيح. مع ذلك لا يستطيع المرء أن يخمن كم سيستمر في قدرته على القيادة الآمنة، فلا بد من أن يأتي يوم يسلم فيه مفاتيح السيارة لغيره.

غير أنه لم يكن قلقا في ذلك الوقت؛ فقد كان مسرورا لأنه ببساطة لايزال قادرا على السواقة. وحينما أخذ الطريق الرقم 138، كانت كثافة السير خفيفة في ذلك المساء، وهكذا أسرع فيلكس إلى أن وصل إلى سرعة تجاوزت بقليل الحد المسموح، وهو 72 كلم في الساعة. كان قد أنزل زجاج الباب المجاور له، وأسند مرفقه إلى الإطار، وكان الهواء عليلا وباردا على نحوٍ منعش، وكنا نستمع إلى صوت العجلات على الأرضية المرصوفة. وقال فيلكس وقتها: «إنه ليل جميل، أليس كذلك؟».

3

الاعتماد على الغير

يقول لي الطاعنون في السن إن ما يخافون منه ليس الموت؛ بل ما يحدث قبيل الموت؛ وهو أن يفقدوا القدرة على السمع، أن يفقدوا ذاكرتهم، أن يفقدوا أعز أصدقائهم، أو أن يفقدوا طريقة الحياة التي عاشوها. عبر فيلكس عن هذا بقوله: «الشيخوخة هي سلسلة لا تنقطع من الخسائر». وكان فيليب روث Philip Roth قد صاغ هذا الوضع في روايته «كل إنسان» (Everyman) بتعبير أكثر مرارة حين قال: «الشيخوخة ليست معركة، بل هي مذبحة».

قد يمكن للأفراد، وذلك إذا حالفهم الحظ، وكانت عنايتهم بأنفسهم على أفضل ما يمكن

«إن مساكن التمريض لم تُخلق قط لمساعدة الأشخاص الذين يواجهون فترة من الاعتماد على الغير بسبب تقدم سنهم، بل وُجدت لإخلاء أسرّة المستشفيات»

- بأن يكون غذاؤهم جيدا، وأن يمارسوا التمارين الرياضية، وأن يحرصوا على ألا يتركوا ضغط الدم يرتفع فوق الحد المقبول، وأن يحصلوا على المساعدة الطبية كلما احتاجوا إليها - أن يعيشوا فترة طويلة جدا وأن تبقى أمورهم مستقرة. ولكن الخسائر تبقى تتزايد وتصل في نهاية المطاف إلى مرحلة يصبح تدبير ما تتطلبه الحياة اليومية أمرا أكثر من أن نستطيع تحمله جسميا أو عقليا من دون مساعدة. وبما أن أعداد من يلاقون الموت من دون سابق إنذار تتناقص باستمرار، فإن أكثرنا سوف يقضون فترات غير قصيرة من أعمارهم في مقدار من الضعف والوهن لا يسمح لهم بالعيش وحدهم.

نحن لا نحب أن نفكر في هذا الوضع الذي لا مفر منه، ولكن نتيجة تجنبنا هذا هي أن أكثرنا غير مستعدين لما سيحدث. يندر أن نعطي أكثر من نظرة عابرة إلى تلك الفترة التي سنكون فيها بحاجة إلى المساعدة، ولا نواجه الأمر إلا بعد أن يكون قد تأخر الوقت عن اتخاذ أي خطوات مهمة حول ذلك.

فمثلا حينما وصل فيلكس إلى هذا المنعطف، لم تكن الأزمة التي كان عليه مواجهتها أزمته، بل أزمة زوجته بيللا، فقد كنت أشاهد تراكم مصاعبها عاما بعد عام، بينما بقي فيلكس في صحة تدهش الإنسان بجودتها حتى دخل في التسعينيات. لم تظهر عنده أزمات صحية، وبقي محافظا على برنامج التمرين الرياضي على مدى الأسبوع، واستمر يثقف طلاب الإرسالية حول الشيخوخة، وبقي يمارس عمله في اللجنة الصحية لأورتشارد كوف. بل إن فيلكس لم يحتَجْ حتى إلى أن يتوقف عن سواقة السيارة. أما بيللا فكانت كأنها تذبل وتذوي: فقدت بصرها تماما، وأصبح سمعها ضعيفا، وأصبحت ذاكرتها ضعيفة بشكل ملحوظ. فحينما كنا نتناول العشاء معا، كان لا بد من تذكيرها أكثر من مرة بأنني أجلس قبالتها.

كانت بيللا وفيلكس يشعران بالأسى لما فقداه، ولكنهما كانا يشعران بالبهجة أيضا لما بقي في حوزتهما. فمع أنها قد لا تتذكرني أنا أو أولئك الذين لا تعرفهم معرفة حميمة، فإنها كانت تشعر بمتعة لقاء الناس ومتعة المحادثة، وكانت تسعى إلى تحصيل المتعتين. يضاف إلى هذا أنه كان لها ولفيلكس حديثهما الخاص الذي امتد على مدى عقود من الزمن، ولم تضمحل رغبتهما في الحديث قط. كان فيلكس يشعر بأن حياته لها قصد رائع من خلال عنايته بها، وكذلك الحال بالنسبة إليها؛

فقد كانت من جهتها تشعر بمعنى الحياة بشكل عميق لكونها إلى جانبه. كان كلاهما يشعر بالراحة لشعوره بوجود الآخر إلى جانبه وجودا ملموسا. كان فيلكس يُلبسها ثيابها ويغسّلها، ويساعدها في تناول طعامها. وحينما يمشيان، كان أحدهما يمسك بيد الآخر، وينامان وكل منهما يلف الآخر بذراعه، ويقضيان وقتا وهما مستيقظان، وهما متعانقان، حتى ينساب النوم إلى عيونهما. هذه الدقائق، كما وصفها فيلكس، بقيت من أعز الدقائق إلى قلبهما. كان يشعر بأنهما يفهم أحدهما الآخر الآن، ويحب أحدهما الآخر، أكثر من أي وقت مضى من حياة مشتركة مر عليها ما يقرب من سبعين عاما.

ولكن حدث في أحد الأيام ما كشف لهما كم صارت حياتهما هشة. أصيبت بيللا بالرشح، مما سبب تجمع سائل في أذنيها، وتمزقت طبلة الأذن. وهكذا أصبحت بيللا صماء تماما. هذه الحادثة كانت كفيلة وحدها بأن تقطع الخيط الذي بقي بينهما. فبعد العمى ومشكلات الخلل في الذاكرة، جاء فقدان السمع، فصار من المستحيل لفيلكس أن ينجح في أي تواصل مع بيللا. حاول أن يرسم على كفها أحرفا، ولكنها لم تفهمها. صارت أبسط الأمور، مثل اللبس، كابوسا من الارتباك بالنسبة إليها. كذلك فقدت الإحساس بمرور ساعات اليوم بسبب فقدانها التواصل الحسي. وزاد تشوش تفكيرها جدا، بل صارت تمر بها أوقات تكون فريسة للأوهام والتهيج. هنا لم يعد بإمكان فيلكس أن يعتني بها، وأصابه الإعياء من الضغط النفسي وقلة النوم.

لم يعد يدري ماذا يمكنه أن يفعل، ولكن كانت للإدارة خطط لمثل هذه الحالات. فقد اقترح المسؤولون عن تلك المساكن أن ينقلوها إلى وحدة تمريض متمرسة؛ طابق خاص بعناية من يحتاج إلى التمريض. غير أن فيلكس لم يستطع تحمل مثل هذا الإجراء، ولذلك رفض الفكرة. وقال إنها تحتاج إلى أن تكون معه في منزلهما.

وقبل أن يجبروا فيلكس على أن تفارقه بيللا، حدث شيء أجّل المشكلة. فبعد أسبوعين ونصف الأسبوع من الأزمة، عادت طبلة أذنها اليمنى إلى وضعها السليم. صحيح أنها فقدت السمع في أذنها اليسرى فقدا لا رجعة فيه، غير أنها صارت تسمع بأذنها اليمنى.

قال فيلكس عن ذلك: «صحيح أن تواصلنا صار أصعب، ولكنه صار ممكنا على الأقل».

سألتُه ما الذي يمكنه أن يفعله إذا فقدَتْ السمع في أذنها اليمنى مرة أخرى، أو إذا حدثت مصيبة مشابهة، وقال إنه لا يدري ماذا يمكنه أن يفعل، ثم أضاف: «أنا في هلع مما يمكن أن يحدث لو أصبحت العناية بها عسيرة إلى حد أنها تتجاوز طاقتي. إنني أحاول ألا أفكر في المستقبل أكثر من اللزوم، ولا أفكر في السنة المقبلة. فالتفكير بذلك يبعث على كآبة شديدة. أنا أحاول ألا أتجاوز بتفكيري الأسبوع المقبل».

مِثْلُ هذا التوجه شيء يعم البشر في العالم أجمع، وهو شيء مفهوم. ولكن يغلب أن يؤدي مثل هذا الموقف إلى أن يعطي عكس النتائج المرجوة. حدث في حال فيلكس وبيللا أن حَلت أخيرا الأزمة التي كانا يخافان من أن تحِل. كانا يمشيان معا في أحد الأيام، فإذا ببيللا تسقط فجأة. لم يدرك فيلكس حالا ماذا حصل، فقد كان مشيهما بطيئا، وكانت الأرض منبسطة، وكان يمسك بذراع زوجته. ولكنها انهارت وكأنها كومة وانكسر عظم الشظية (fibula) – وهو العظم الطويل الدقيق في الطرف الخارجي من الساق الممتد من الركبة إلى الكاحل – في كلتا ساقيها. كان على الأطباء في غرفة الإسعاف أن يضعوا جبيرة على كل من ساقيها تصل إلى أعلى من الركبة. كان هذا أسوأ ما يخافه فيلكس، فقد أصبحت حاجات بيللا أكبر بكثير مما يمكن لفيلكس أن يفعله. لم يعد هناك من مجال لتجنب وضع بيللا في طابق التمريض، حيث صارت تحت عناية الممرضات والمساعدين على مدار الأربع والعشرين ساعة.

قد يخطر في بال القارئ أن انتقال بيللا قد يكون مصدر راحة لكلا الزوجين، فلم يعد أي منهما مضطرا إلى أن يحمل هم العناية الجسمية ببيللا. ولكن الموضوع كان معقدا أكثر من ذلك. من ناحية أعضاء فريق العناية كان تعاملهم مع بيللا احترافيا جدا، فقد اضطلعوا بأكثر المهام التي كان فيلكس يقوم بها ويتحمل في سبيل الوفاء بها عبئا ضخما: التغسيل وقضاء الحاجة واللبس، وكل الحاجات الرتيبة لشخص صار معاقا إلى درجة قاسية. من هنا حرره هؤلاء العاملون من هذه المهمات، فصار يستطيع أن يقضي وقته كيفما يشاء، سواء حينما يبقى مع بيللا أو حينما يختلي بنفسه. ولكن على رغم كل جهود فريق العمل كان كل من فيلكس وبيللا يشعر بأن وجود هؤلاء يبعث على عدم الراحة. بعض هؤلاء كان يعامل بيللا باعتبارها مريضة أكثر من كونها شخصا. كانت مثلا تحب أن يُسرَّح شعرُها بطريقة معينة،

ولكن لم يسألها أحد عن الهيئة التي ترغب في أن يكون شعرها عليها، ولم يستطيعوا أن يخمنوا كيف تحب أن يكون. شيء آخر هو أن فيلكس كان يعد لها لقم الطعام بحيث تستطيع أن تبتلعه من دون صعوبة، وكان يعرف كيف يهيئ جلوسها بحيث تكون على أفضل ما يمكن من راحة، وكيف يلبسها ثيابها بالطريقة التي تفضلها. وقد حاول جاهدا أن يُفهم فريق العمل كل هذه الأمور، ولكن كثيرا منهم لم يدركوا حتى قيمة الموضوع. كان هذا يغضبه أحيانا، فلا يحاول أن يجعلهم يفهمون، بل يعيد عمل الشيء الذي عملوه بالطريقة الصحيحة، وكان هذا يسبب نزاعا واستياء.

قال لي فيلكس عن ذلك: «إنني أعرقل عملهم، وهم يعرقلون عملي».

كان مما يقلقه أيضا أن البيئة غير المعتادة تشوش ذهن بيللا. ولذلك قرر بعد بضعة أيام أن يعيدها إلى بيته. ولكن كان عليه إذا فعل هذا أن يفكر كيف يمكنه التعامل مع أوضاعها.

لا يبعد بيته عن هذا المكان الذي هي فيه سوى طابق واحد، ولكن بدا له في حالتها أن طابقا واحدا يعني فرقا ضخما، ولكن لماذا؟ لم يستطع أن يحدد لماذا. انتهى به المطاف أخيرا بطلب أن يعودا إلى شقتهما مع طلب خدمة الممرضات والمساعدين على مدار الساعة. لا شك في أن الأسابيع الستة التالية التي بقيت حتى تُزال الجبيرة كانت مصدر إرهاق جسمي كبير بالنسبة إليه، ولكنه كان يشعر بالراحة النفسية. لقد شعر وشعرت بيللا بأنهما يملكان القياد أكثر فيما يخص حياتها منذ عادا. فهي في بيتها، وتنام في سريرها، وفيلكس ينام إلى جوارها. كانت لهذا قيمة كبرى بالنسبة إليه، والسبب هو أنه بعد أن أُزيلت الجبيرة بأربعة أيام، أي أربعة أيام من عودتها إلى المشي، تُوفيت بيللا.

كانا يومها قد جلسا للغداء، والتفتت إليه وقالت: «لا أشعر بأني على ما يرام». ثم سقطت إلى الأرض. جاءت سيارة إسعاف في الحال وحملتها إلى المستشفى المحلي. لم يُرد تعطيل المسعفين، لذلك تركهم يسبقونه ولحقهم بسيارته، ولكن بيللا تُوفيت في الفترة القصيرة بين وصولها ووصوله.

لقيتُه بعد ذلك بثلاثة أشهر، ووجدته لايزال في جزع وقنوط. وقال لي: «أشعر كأن عضوا من أعضاء جسمي قد فُقد، أشعر كأن جسمي قد تقطع». كان صوته متكسرا، وعيناه محمرتين. كان يشعر مع ذلك بعزاء كبير في أنها لم تعانِ في أثناء

موتها، وأنها أمضت الأسابيع الأخيرة من حياتها في سكينة، تشعر بأنها في بيتها، وأنها تأوي إلى دفء الحب الدائم بينها وبين زوجها، بدلا من أن تكون في طابق التمريض مريضة تاهت عن مراسيها وفقدت شعورها بما يربطها بحياتها.

كان شعور أليس هوبسن مشابها جدا لشعور بيللا من حيث الرعب من ترك بيتها، فبيتها هو المكان الوحيد الذي تشعر بأنه مأواها ومقرها، وأنها مادامت باقية في بيتها فهي تمسك بزمام أمور حياتها. ولكن أصبح واضحا بعد حادثة الرجلين اللذين عمدا إلى النصب والاحتيال في حقها أن حياتها وحدها لم تعد آمنة. وهيأ لها والد زوجتي جيم عدة زيارات لمراكز العناية بالكبار حتى تطلع أليس عليها. وقال جيم عن ذلك: «كانت تعامل الموضوع برمته بلا مبالاة»، ولكنها مع ذلك روّضت نفسها على قبول هذه الإجراءات. كان جيم مصمما على أن يجد لها مكانا تحبه وتسعد فيه، ولكن هذا المطلب لم يمكن تحقيقه، فحينما زرتها وأخذت أشاهد نتيجة هذا الانتقال، بدأت شيئا فشيئا أفهم الأسباب التي جعلت ذلك المطلب غير ممكن. كانت الأسباب من النوع الذي يدفعنا إلى التساؤل عن كامل النظام الذي أسسناه للعناية بمن يعانون جسما واهنا ويحتاجون إلى الاعتماد على غيرهم.

كان ما يسعى إليه جيم هو أن يجد مكانا يسهل الوصول إليه بالسيارة من بيت العائلة، وأن تكون التكلفة في حدود ما تستطيع أليس تحمله بعد إضافة ما يردها من بيع البيت الذي تملكه. وكان يود أيضا أن يجد مجتمعا تتوافر فيه «سلسلة متكاملة من العناية»، شيئا يشابه أورتشارد كوف حيث كنت أزور فيلكس وبيللا: توجد فيه شقق للمعيشة المستقلة، وطابق يقدم الإمكانات التمريضية على مدار الساعة، أخذا في الحسبان أنها قد تحتاج إلى هذا يوما ما. وتوصل جيم إلى عدد من الخيارات حتى تزورها العائلة: بعضها أقرب من بعض، بعضها ربحي، وبعضها لاربحي.

كان المكان الذي اختارته أليس أخيرا بناء شاهقا عبارة عن مجمع لسكن المسنين سأطلق عليه اسم «لونغ وود هاوس» Longwood House(*)، وهو مركز لاربحي

(*) هو اسم القصر الذي أسكن البريطانيون نابليون بونابرت فيه ليصبح منفاه بعد أن هزموه في معركة واترلو، فقضى فيه آخر سنوات حياته. وقد استعار المؤلف هذا الاسم ليطلقه افتراضا على دار الرعاية المقصودة لما له من دلالة رمزية واضحة. [المحرر].

تابع للكنيسة الأسقفية. يعيش في هذا المكان بعض من أصدقاء أليس المنتمين إلى الكنيسة، ولا تزيد المسافة إلى ذلك المكان بالسيارة على عشر دقائق من بيت جيم. وهذا المجتمع مجتمع نشيط ومزدهر. لم يكن لدى العائلة أو لدى أليس شك في أن هذا المكان هو المكان المفضل.

علّق جيم على ذلك بالقول: «أكثر المراكز الأخرى تهتم بالكسب المادي أكثر من اللزوم».

كان انتقال أليس إلى ذلك المكان في خريف العام 1992. كانت شقتها ذات غرفة النوم الواحدة، والتي تُصنف ضمن فئة «الحياة المستقلة» من فئات الشقق في المجمع (Independent – living Apartment)، أوسع مما توقعته. فالمطبخ مطبخ حقيقي، فيه مكان كاف لطقم أواني الطعام التي تملكها، ويدخله ضوء الشمس بشكل ممتاز. اهتمت حماتي نان بأن تُطلى الشقة بطبقة جديدة من الدهان، واهتمت بأن يأتي متخصص في الديكور كانت أليس قد تعاملت معه سابقا ليرشدهم في ترتيب الأثاث وفي تعليق الصور.

وقالت نان عن ذلك: «مما يريح الشعور أن تدخل الشقة فترى كل أشيائك في أماكنها الصحيحة، وترى أواني الفضة التابعة لك في أدراج المطبخ الصحيحة».

ولكني عندما رأيتُ أليس بعد انتقالها بعدة أسابيع، لم يبدُ عليها أي قدر من السعادة، وأي قدر من التواؤم مع أوضاعها. لم تكن أليس من النوع الشاكي على الإطلاق، ولذلك لم تقل أي شيء ينم عن الغضب أو الحزن أو المرارة، ولكنها كانت منغلقة على نفسها إلى درجة لم أشاهدها من قبل. لا شك في أن من يراها يعرف أنها أليس القديمة، ولكن النور الذي يشع من عينيها قد انطفأ.

ظننت أولا أن سبب هذا كان فقدانها سيارتها وكل ما تعنيه السيارة من حرية. كانت أليس حينما انتقلت إلى لونغ وود هاوس قد أحضرت سيارتها «الشيفروليه إيمبالا» وكانت عازمة تماما على أن تبقى تسوق السيارة. ولكن حدث في نفس يوم وصولها وسكنها في المجمع أنها ذهبت إلى المكان الذي أوقفت فيه السيارة لتسوقها لقضاء حاجة ما، وإذ بها لا تجد السيارة. اتصلت أليس بالشرطة، وبلغت عن سرقة السيارة، ثم جاء ضابط شرطة، وأخذ أوصاف السيارة ووعد بإجراء تحقيق. ثم جاء جيم بعد فترة ما إلى المجمع، وخطر بباله أن ينظر في موقف السيارات التابع لمتجر

جيان Giant للأغذية، وهو مجاور لمكان سكن أليس، وإذ به يجد السيارة هناك. لقد كانت أليس قد أوقفت السيارة في الموقف الخطأ بسبب تشوش ذهنها، وهي لا تشعر بخطئها. كان في هذه الحادثة طعنة لشعور أليس، وقررت وقتها أن تقلع عن سواقة السيارة قرارا لا رجعة فيه، وهكذا خسرت سيارتها في اليوم نفسه الذي خسرت فيه بيتها.

ولكن شعور أليس بالخسارة والتعاسة لم ينتهِ عند هذا الحد فيما يبدو، فها هي تملك مطبخا، ولكنها لم تكن تطبخ، فقد صارت تتناول وجباتها في قاعة الطعام التابعة لمجمع لونغ وود هاوس لتكون مع الآخرين، مع أن وجباتها كانت خفيفة، وهكذا خسرت من وزنها، ولم يبدُ أنها كانت تستمتع بالصحبة. كانت تتجنب النشاطات الجماعية المنظمة، حتى تلك النشاطات التي يتوقع المرء أن تستمتع بها – مثل مجموعة الخياطة التي كانت عضوة فيها في كنيستها، ومجموعة قراءة الكتب، ودروس التدريبات واللياقة، وزيارات مركز كنيدي. كان في ذلك المجتمع مجال لأن ينظم المرء نشاطات من مبادرته هو إذا لم يعجبه ما يتوافر من نشاطات، ولكن أليس بقيت منطوية على نفسها. خطر ببالنا أن أليس مكتئبة، وفعلا أخذها جيم ونان لزيارة طبيب، ووصف لها الطبيب دواء، ولكن هذا لم يفد شيئا. لم تكن المسافة بين بيت أليس السابق في غرين كاسل ستريت ومجمع لونغ وود هاوس سوى عشرة كيلومترات، ولكن الانتقال أحدث في حياتها تغيرا عميقا في جوانب لم تكن ترغب فيها، غير أنها لم تكن تملك حيلة في دفعها.

لو رجعنا إلى الماضي فإن الناس كانوا سوف يضحكون من مثل هذا الشعور بعدم السعادة في مكان مثل لونغ وود هاوس. ففي العام 1913 أجرت مابل ناسو[1]، وهي طالبة دراسات عليا في جامعة كولومبيا، دراسة لمنطقتها، اهتمت فيها بظروف مائة شخص من كبار السن في قرية غرينويتش Greenwich – خمس وستين امرأة وخمسة وثلاثين رجلا. كل هؤلاء المائة تقريبا كانوا فقراء مثل غيرهم، خصوصا في تلك الفترة قبل أن يجري تطبيق نظام معاش التقاعد والتأمين الاجتماعي. سبعة وعشرون فقط من هؤلاء الأشخاص هم من كانوا قادرين على تدبير نفقتهم؛ فقد كانوا يعيشون مما ادخروه عبر السنين، أو من استئجار بيوتهم، أو بأداء بعض

الأعمال المتنوعة، مثل بيع الصحف، وتنظيف البيوت، وتصليح المظلات. بينما كان أكثرهم أشد مرضا أو وهنا من أن يؤدوا العمل.

كانت إحدى النساء من هؤلاء مثلا، والتي سمتها مابل ناسو السيدة سي «C»، أرملة تبلغ اثنين وستين عاما من العمر، وكانت لا تكسب من عملها خادمة في البيوت إلا ما يكفيها بالكاد لتعيش في غرفة خلفية صغيرة، في بيت من غرف مفروشة للإيجار، وفيه مدفأة تعمل بالزيت. غير أن المرض منعها أخيرا من العمل، وكانت تعاني الآن تورما شديدا في رجلها، وهي مصابة بالدوالي، مما ألزمها الفراش. وهناك الآنسة إس «S» التي تعاني «مرضا شديدا»، ولها أخ يبلغ الثانية والسبعين من العمر، مصاب بمرض السكري، ونظرا إلى أنه عاش في الفترة السابقة بسبب نجاح المعالجة بالأنسولين، فإنه كان يقترب بسرعة من الشلل ويزداد هزالا من المرض الذي يفتك به. شخص آخر هو إيرلندي سمته مابل السيد إم «M»، عمره سبعة وستون عاما، كان يعمل سابقا عامل مرفأ، ولكنه أُصيب بالعجز بعد أن تعرض لسكتة دماغية سببت لديه الشلل. هذا بينما هناك عدد كبير من الأشخاص الداخلين في الدراسة لا وصف لهم غير أنهم «أُصيبوا بالوهن»، ويبدو أن مابل ناسّو تعني بذلك أنهم اقتربوا من الخرف إلى درجة أنهم لا يستطيعون أن يديروا أمورهم.

مثل هؤلاء الأفراد لا حيلة لهم - إذا لم تستطع العائلة أن تؤويهم[2] - إلا أن يلجأوا إلى مأوى الفقراء، وهو ما كان يسمى وقتها «المأوى الخيري» (Alms House). مثل هذه المؤسسات يمتد تاريخها في أوروبا والولايات المتحدة إلى قرون. فإذا بلغ المرء سن الشيخوخة، وكان في حاجة إلى المساعدة، في الوقت الذي لا يكون له من أبنائه أو بناته من يؤويه، ولم تكن له ثروة مستقلة يعتمد عليها، فليس لمثل هذا الشخص إلا أن يلجأ إلى مأوى الفقراء. كان مأوى الفقراء في تلك الأيام مكانا يبعث على الاشمئزاز «يُحتجز فيه» (incarcerated) المرء، وهذه حقا الكلمة التي كانت تستخدم عن نزلاء ذلك المكان، مما يدل على تصور الناس عن معنى هذا المأوى. كان الفقراء الذين يلجأون إلى ذلك المكان فقراء من كل الأصناف – مسنين مساكين، ومهاجرين طوحتهم الأيام، وسكارى شبابا، ومرضى أمراض عقلية – وكان واجب القائمين على الملاجئ، كما يتصورون، أن يلزموا «النزلاء» بالعمل مقابل ما يفترض من إسرافهم في اتباع أهوائهم، وفسادهم الأخلاقي. كان المشرفون على مثل

تلك الملاجئ يبدون معاملة أكثر ليونة للمسنين في مقدار العمل المطلوب، ولكنهم نزلاء، شأنهم شأن غيرهم. كان الزوج والزوجة يُفصل أحدهما عن الآخر، ولم تكن العناية الجسمية الأولية متوافرة. وكانت القذارة والخراب هما المنظر المألوف.

وصف تقرير صدر في العام 1912 عن لجنة الأعمال الخيرية لحكومة إيلينوي أحد ملاجئ الفقراء في إحدى مقاطعات الولاية بأنه «لا يصلح حتى لأن تحيا فيه الحيوانات حياة مقبولة»[3]. يعيش الرجال والنساء في ذلك الملجأ من دون أي محاولة لتصنيفهم وفق أعمارهم أو حاجاتهم في غرف لا يزيد بُعداها على 3 × 4 أمتار، مملوءة بالبق. وأضاف التقرير أن «الفئران والجرذان لا حصر لها ... الذباب ينقض على الطعام بأعداد كبيرة ... ولا توجد أحواض للاستحمام». وفي العام 1909 صدر في فرجينيا تقرير صرح بأن المسنين يموتون من دون أن يوجد من يرعاهم، إذ إنهم لا يتلقون ما يكفي من الغذاء والرعاية، وأنهم يصابون بالسل بسبب العدوى غير الخاضعة للسيطرة. وكان التمويل وبشكل مزمن لا يغطي المطلوب للعناية بالعاجزين. يورد التقرير حالة قيّم لاحظ أن إحدى النساء المقيمات في الملجأ كانت كثيرة الخروج من المهجع، ولا يوجد من طاقم العمل من يردعها، فأجبرها على جر كرة معدنية وسلسلة وزنهما نحو 13 كيلوغراما.

لمثل هذه الأسباب لم يكن شيء يثير رعب المسنين مثل احتمال أن ينتهي بهم المطاف إلى مثل تلك المؤسسات[4]. غير أن الأمر كان مختلفا في عقدي العشرينيات والثلاثينيات من القرن الماضي، وذلك حينما كانت أليس وريتشموند هوبسن في شبابهما، فقد كان ثلثا نزلاء ملاجئ الفقراء وقتها من المسنين. لقد أطلقت مظاهر الرفاهية «للعصر المحلى بالذهب» (Gilded Age)[*] مشاعر الخجل من هذه الظروف. ثم جاءت الأزمة الاقتصادية الكبرى (1929–1941) فأطلقت حركة احتجاج عامة شملت كل الولايات الأمريكية. فقد وجد المسنون من الطبقة الوسطى، وبعد أن ظلوا يعملون ويوفرون كل حياتهم، أن ما وفروه يتبخر. ثم جرت المصادقة على قوانين التأمين الاجتماعي في العام 1935، وهكذا انضمت الولايات المتحدة إلى

(*) عبارة ساخرة مقتبسة من رواية لمارك توين عن الفترة من العقد السابع من القرن التاسع عشر حتى أوائل القرن العشرين. [المترجم].

أوروبا في إنشاء نظام قومي لرواتب التقاعد. وهكذا وجدت النساء الأرامل أنفسهن فجأة يشعرن بالأمان تجاه مستقبلهن، وبعد أن كانت رواتب التقاعد مصدر الدخل الخاص بالأغنياء، صارت ظاهرة تشمل عموم الناس.

بدأت ملاجئ الفقراء تُمحى من الذاكرة في العالم الصناعي، ولكنها بقيت موجودة في مناطق أخرى من العالم. فقد أصبحت هذه الملاجئ منتشرة في العالم النامي، لأن النمو الاقتصادي بدأ يؤدي إلى زوال العائلة الممتدة (العائلة الشاملة للجدين والأعمام... إلخ)، من دون أن ينتج ما يكفي لحماية المسنين من الفقر والإهمال. لاحظتُ مثلا في الهند أن وجود مثل تلك الملاجئ لا يُشار إليه في كثير من الأحيان، وكأنها لا وجود لها، ولكني وجدت في رحلتي الأخيرة إلى نيودلهي أمثلة غير خفية على مثل تلك الملاجئ. فحينما ترى هذه الأماكن تتذكر وصف ديكنز لما كان يراه في عصره تماما، أو ما يتطابق مع تقارير الدولة التي ألمحنا إليها.

لتكن «صومعة المرشد فيشرام فريد» Vridh Ashram (The Guru Vishram) مثالا على ذلك، وهو مركز للمسنين تديره مؤسسة خيرية في حي للفقراء، يوجد على الطرف الجنوبي لنيودلهي، حيث تجري مياه المجاري فوق الأرض وفي الشوارع وحيث تنقب الكلاب الهزيلة في أعماق القمامة. هذا المسكن أو الملجأ كان في الأصل مستودعا، فَحُوِّلَ إلى قاعة ضخمة الحجم فيها الآن عشرات من المسنين يعانون مختلف الإعاقات، مضَّجعين على سُرُرٍ نقالة وفرشات على الأرض، محشورة بعضها إلى جانب بعض، وكأنها صفحة كبيرة من طوابع البريد قبل التقطيع. ومالك المكان، جي. بي. باغات G. P. Bhagat، يبدو في الأربعينيات، حسن الشكل، تبدو عليه سمات الاحترافية، يحمل هاتفا خلويا يرن كل دقيقتين. قال باغات إن الله أراده أن يفتح هذا المكان قبل ثماني سنوات، وهو مكان يعيش على المعونات. وقال إنه لم يرفض أحدا على الإطلاق مادام عنده فراش. أتى نصف النزلاء من مساكن المتقاعدين ومن المستشفيات، وذلك حينما كان أحدهم يفشل في دفع الفواتير المترتبة عليه. أما النصف الآخر فهم أناس التقطهم المتطوعون ورجال الشرطة من الطريق والحدائق، وكلهم يجمعهم هذا القاسم المشترك، وهو مزيج من الوهن والفقر.

كان هذا المأوى يوم زرته يضم أكثر من مائة نزيل، أصغرهم عمرا يبلغ الستين، وأكبرهم يزيد على قرن. لا يعيش في الطابق الأول إلا أفراد ذوو حاجات «معتدلة».

وقد لاقيت أحد هؤلاء، وهو من طائفة السيخ، يزحف زحفا مرتبكا من مكان إلى آخر، وهو في وضعية القرفصاء، كأنه ضفدعة: ينقل اليدين ثم الرجلين ثم اليدين ثم الرجلين، وهكذا. قال لي الرجل إنه كان يملك محلا للكهربائيات في حي راقٍ من نيودلهي، وأن ابنته كانت تعمل محاسبة، وابنه كان يعمل مهندس إلكترونيات. ثم حصل له شيء منذ سنتين: ووصف لي ألما في الصدر، وبدا أنه تعرض لسلسلة من السكتات الدماغية. بعد ذلك قضى شهرين ونصف الشهر في المستشفى، وأصبح مشلولا. وارتفعت الفواتير، وتوقفت أسرته عن زيارته. وكان في آخر المطاف أن ألقت به المستشفى هنا. قال باغات إنه أرسل رسالة إلى أسرته عن طريق الشرطة، قال فيها الرجل إنه يرغب في العودة إلى بيته. غير أن عائلته أنكرت معرفته.

وصعدنا على الدرج الضيق إلى جناح الطابق الثاني، وهو مخصص للمرضى المصابين بالخرف وغيرهم من أصحاب الإعاقات الشديدة. رأينا عجوزا يقف إلى جوار الجدار وينتحب بأعلى صوته، معبرا عن نفسه بالأغاني، على رغم اللحن النشاز. وإلى جواره امرأة ذات عينين بيضاوين من مرض الماء الأبيض (cataract) تتمتم لنفسها. وكان هناك عدد من أفراد طاقم العمل في المركز يشقون طريقهم بين النزلاء، يطعمونهم، ويحاولون المحافظة على نظافتهم قدر الإمكان. كان صوت التبول ورائحته لا يُحتَملان. وحاولتُ التحدث إلى بعض النزلاء عن طريق المترجم المرافق، ولكن عقولهم كانت مشوشة بحيث إنهم لم يستطيعوا الإجابة عن أسئلتنا. كانت هناك امرأة صماء عمياء مضجعة على فراش قريب منا، وكانت تصيح بكلمات قليلة، تعيدها بين الفينة والفينة. سألت المترجم ماذا تقول فهز المترجم رأسه – بما يعني أنه لا يستطيع أن يدرك أي معنى لكلماتها – ثم اندفعت المرأة نفسها نازلة على الدرج. لقد شعرتْ بشيء لا تستطيع تحمله. وشعرتُ أنا بأنني اطلعت على أقرب ما يكون لفكرتي عن جهنم.

قال باغات ناظرا إلى كتلة الأجساد أمامنا: «هؤلاء الناس هم في آخر مراحل رحلتهم، ولكني لا أستطيع توفير المرفق الذي يحتاجون إليه في الحقيقة».

لقد نجا المسنون في العالم الصناعي من مصير كمصير هؤلاء، وذلك بفضل التغييرات التي حدثت منذ أن كانت أليس صغيرة حتى اليوم. فالازدهار الذي حصل مكّن حتى الفقراء من أن يقضوا أيامهم في بيوت التمريض، حيث يحظون بوجبات

كافية، ويتلقون خدمات الرعاية الصحية الاحترافية، وبرامج التأهيل، بل التمتع بلعبة البنغو. وفرت ظروف هذا العالم تخفيفا من معاناة سن الوهن والشيخوخة، وهذا ما أفاد ملايين الناس، فهم يتلقون من العناية المناسبة والأمان ما قد أصبح الشيء المعياري، بشكل لا يمكن أن يتصوره من هم في ملاجئ الفقراء. ولكننا نعلم مع ذلك أن الأكثرين يعتبرون المراكز الحديثة للعناية بالمسنين شيئا مخيفا وكئيبا، بل يعتبرونها مراكز بغيضة لقضاء آخر مرحلة من العمر فيها. فنحن نحتاج إلى شيء أفضل ونرغب في شيء أكثر.

يبدو لمن يزور لونغ وود هاوس أن فيه كل ما يجعل منه المكان المطلوب. إنه مرفق قد توافرت فيه أحدث المواصفات، والتقييم الذي حصل عليه يدل على أعلى المستويات من حيث الأمان والعناية. كما أن مسكن أليس في هذا المجمع يوفر لها كل عوامل الراحة التي كانت تحصل عليها في بيتها، إلى جانب كونه أكثر أمنا، والأمور فيه تحت السيطرة. حينما رأى أبناؤها وبناتها والعائلة الأوسع الاستعدادات المتوافرة شعروا بالرضا التام عن حياتها هناك. لكن أليس نفسها لم تكن راضية، ولم تتقبل عبر الأيام حياتها هناك قط. ومهما فعل فريق العمل والعائلة لتأمين سرورها، كانت تزداد شقاء.

سألتها عن السبب، ولكنها لم تستطع أن تحدد تماما السبب الذي يمنعها من أن تكون سعيدة. الشكوى التي كررتْها على مسامعي أكثر من أي شكوى أخرى هي شيء سمعته كثيرا من غيرها ممن قطنوا بيوت التمريض، وهي: «إنني لا أشعر بأنني في بيتي». كان شعور أليس هو أن لونغ وود نسخة تقلد بيتها، ولكنها نسخة لا يمكن أن تحل محل الأصل. ويبدو بالنسبة إلى هؤلاء الذين يشكون مثل شكوى أليس أن العثور على مكان يعطي شعورا حقيقيا بأنهم في بيوتهم شيء أساسي لا حياة من دونه، مثل الماء بالنسبة إلى السمكة.

كنت قد قرأت منذ بضع سنوات عن حالة هاري ترومان Harry Truman، وهو رجل في الثالثة والثمانين، رفض في مارس من العام 1980 أن يتزحزح من بيته في سفح جبل سنت هيلينز Saint Helens، بقرب أولمبيا، في ولاية واشنطن، وذلك حينما بدأ البركان يدمدم ويطلق البخار. كان هاري ترومان في السابق ربان طائرة حربية في الحرب العالمية الأولى، كما أصبح تاجرا غير قانوني في المشروبات الكحولية

في فترة حظر تلك المشروبات، وهو يعيش منذ أكثر من نصف قرن في مزرعته التي يملكها والتي تقع على بحيرة سبيريت Spirit Lake. كانت زوجته قد توفيت منذ خمس سنوات وتركته أرملا. لهذا فما بقي له الآن إلا قططه الست عشرة في أرض تبلغ مساحتها أربعة وخمسين فدانا وتقع على سفح الجبل. كان قد سقط قبل ثلاثة أعوام وهو يجرف الثلج من على سطح مسكنه الريفي مما أدى إلى كسر في رجله. قال له الطبيب وقتها إنه مجنون بلا شك لعمله فوق السطح وهو في هذا العمر.

وكان جوابه الناري: «يا للعنة! أليس عمري ثمانين سنة؟ ألا يحق لي في عمر الثمانين أن أقرر ما أريد وأن أفعل ما أريد أن أفعل؟».

ظهر ما ينذر بانفجار البركان، وطلبت السلطات من كل من يعيشون في محيط البركان أن يرحلوا، ولكن ترومان رفض تماما أن يتحرك، فها قد مر شهران والبركان يصدر بعض الدخان. ثم وسَّعت السلطات مساحة الأراضي التي يُطلب من أهاليها أن يخلوها إلى ستة عشر كيلومترا حول الجبل، ولكن ترومان بقي في مكانه بكل عناد، فهو لا يصدق العلماء، لأن تقاريرهم لا تدل على اليقين، وتنطوي أحيانا على التناقض. كان يخاف من أنه إذا أخلى مسكنه سينتهب ما فيه ويقع فيه الخراب، وهو ما حدث لمسكن آخر على بحيرة سبيريت. وحتى بصرف النظر عن كل هذا، فإن بيته هو حياته.

قال ترومان: «إذا كان البيت سيزول، فدعوني أَزُل معه، لأنني إذا فقدت هذا المكان فسأموت في غضون أسبوع على أي حال». جلب هاري انتباه المراسلين، بطريقته الهجومية الملتهبة، يواجه من يكلمه وعلى رأسه قبعة من نوع جون دير John Deere، وبيده كأس طويلة تحوي مزيجا من البوربون والكولا. فكرت الشرطة المحلية في أن تقبض عليه لمصلحته هو، ولكنهم قرروا ألا يفعلوا ذلك، وذلك نظرا إلى سنه وما سيسببه لهم هذا من سمعة سيئة. وجربوا كل ما لديهم من طرق، ولكنه رفض باستمرار. وأخبر أحد أصدقائه: «حتى لو مت غدا، فقد كانت حياتي حياة طيبة. لقد عملت في حياتي كل ما أستطيع عمله، بل كل شيء أريد أن أعمله على الإطلاق».

انفجر البركان عند الساعة 8:40 من صباح يوم 18 مايو من العام 1980، بقوة تشابه قوة القنبلة الذرية. اختفت البحيرة تماما تحت الحمم البركانية الهائلة، والتي

دفنت معها ترومان وقططه وبيته. وقد أصبح ترومان فيما بعد رمزا.. أصبح مثالا على العجوز الذي بقي في بيته، وواجه حظه، وعاش حياته بالشروط التي اختارها هو، في زمان بدا كأن هذا لم يعد ممكنا. وأقام سكان كاسل روك Castlerock المجاورة نصبا تذكاريا باسمه وُضع عند مدخل البلدة، ولايزال منتصبا في مكانه، ومُثِّل فيلم عن قصته من بطولة آرت كارني Art Carney[5].

طبعا لم تكن أليس تواجه بركانا، ولكن بدا كأنها تواجه ذلك. فقد بدا لها أن ترك بيتها في شارع غرين كاسل يعادل ترك حياتها التي بنتها لنفسها عبر عقود. فالأشياء التي جعلت من لونغ وود هاوس مكانا أكثر أمانا بكثير وأكثر ضبطا من بيتها هي بذاتها الأشياء التي جعلت تَحمُّلَ ذلك المكان صعبا عليها. صحيح أن شقتها في المجمع من فئة «الحياة المستقلة»، ولكن فُرِضَ عليها في تلك الشقة من التنظيم والإشراف ما لم تتعوَّدْهُ في كل حياتها. يراقب المساعدون نظام غذائها، وتتابع الممرضات صحتها: فقد لاحظوا مثلا التناقص المستمر في اتزان حركتها، فجعلوها تستخدم عكازة متعددة الأرجل للمشي. كان في هذا ما يُطَمئن أبناء وبنات أليس، ولكنه لم يسعد أليس أن تُعامَل كما تعامِل الحاضناتُ الأطفال، بحيث تكون تحت السيطرة. وكان تنظيم حياتها من قبل طاقم العاملين يزداد مع الأيام. فحينما شعر طاقم العاملين باحتمال أنها تفوِّت بعض علاجاتها، أخبروها بأنها إذا لم تُبقِ أدويتها مع الممرضات وتأتِ مرتين إلى مركز التمريض لتأخذ أدويتها تحت إشراف الممرضات المباشر، فسيجري تحويلها من شقة الحياة المستقلة إلى جناح التمريض. وظف جيم ونان مساعدة ليلية اسمها ميري لتساعد أليس في اتباع التعليمات، ولتكون رفيقة لها في حياتها، ولتأجيل اليوم الذي ستُجبَر فيه على الانتقال إلى الحياة في جناح التمريض. أحبت أليس ميري، ولكن رؤيتها تتسكع في كل مكان من الشقة وعلى مدار ساعات طوال، حيث ليس لديها ما تفعله في أكثر الأحيان، كل هذا جعل الحياة أكثر اكتئابا.

لا شك في أن أليس شعرت كأنها دخلت في عالم الغرباء حيث لن يُسمَح لها بالخروج منه أبدا. كان حراس منطقة المجمع ودودين ومرحين إلى حد مقبول، وكان في رؤيتهم ما يبشر بأن تجد في ذلك المجمع مكانا لطيفا حيث تلاقي عناية كبيرة. ولكن أليس لم تكن في الحقيقة تريد أن يعتني بها أحد؛ فكل ما تريده هو

أن تعيش حياتها وفقا لما تختاره هي. ها قد أخذ حراس منطقة المجمع على رغم مرحهم مفاتيحها وجواز سفرها، لهذا فإن تركها لبيتها رافقه تركها لإمساكها بدفة توجيه حياتها.

تذكر الناس هاري ترومان بوصفه بطلا، فلا يقبل رجل كهاري ترومان، جار بحيرة سبيريت، أن ينقل إلى مكان كلونغ هاوس، ولم يكن لونغ هاوس أيضا مكانا تسعد فيه أليس هوبسن، بعد نقلها من بيتها في آرلينغتون، بولاية فرجينيا.

كيف جرى لنا هذا؟ كيف انتهى بنا الوضع إلى أن تكون الخيارات التي على الطاعنين في السن أن يختاروا من بينها هي إما أن يُدفن أحدهم تحت البركان مثل هاري وإما أن يتخلى عن أي سيطرة على حياته؟ حتى نفهم ما حصل علينا أن نتتبع قصة استبدالنا الأماكن التي لدينا الآن بملاجئ الفقراء، ويظهر من البحث أن القصة قصة طبية. فلم تُطوَّر بيوت العناية بالمسنين عندنا لمجرد الاستجابة لرغبة إعطاء المسنين الضعفاء حياة أفضل من تلك التي كانوا يحصلون عليها في الملاجئ القديمة البائسة. نحن لم ننظر هنا وهناك في مختلف جوانب الحياة في ملاجئ الفقراء القديمة ونقول: «أتعلم؟ إنها هذه المرحلة الأخيرة من حياة الناس التي لا يستطيع الإنسان أن يعيش خلالها من دون مساعدة؛ لهذا فإن علينا أن نجد طريقة لتصبح هذه الفترة حياة منضبطة بالنسبة إليهم». لا! نحن لم نفعل ذلك، بل قلنا بدلا من ذلك: «تبدو هذه المشكلة مشكلة طبية. لنضع هؤلاء الناس في المستشفى، وبعد ذلك قد يمكن للأطباء أن يجدوا حلولا». هذا هو المنطق الذي نشأ عنه بيت التمريض، مركز العناية بالمسنين، أي أن نشأته كانت بشكلٍ ما مصادفة.

كان الطب في منتصف القرن العشرين يمر بفترة من التحول التاريخي والسريع[6]. فقبل تلك الفترة كان الأطباء يميلون إلى معالجة من يصاب بمرض شديد وهو في سريره هو، وكان دور المستشفيات الإشراف بالدرجة الأولى. يقول الطبيب والكاتب العظيم لويس توماس Lewis Thomas في ملاحظاته حول قضائه فترة الطبيب المقيم (internship) في مستشفى بوسطن سيتي Boston City في العام 1937: «إذا كان وجود المريض في سرير المستشفى يحدث فرقا، فإن الفرق يحدث غالبا بسبب الدفء والمأوى والطعام والمهارة التي لا مثيل لها للممرضات في توفير

هذه الخدمات. أما استمرار حياة المريض أو موته، فإنما يعتمد على التاريخ الطبيعي للمرض نفسه. فأثر الطب في هذا بسيط أو لا وجود له».

غير أن الصورة تغيرت تغيرا جذريا منذ الحرب العالمية الثانية فما بعدها. بدأت تتوافر منذ ذلك الوقت عقاقير السلفا Sulfa والبنسلين Penicillin، وعدد آخر كبير من المضادات الحيوية ظهرت بعدهما لمعالجة الأمراض المعدية. كما اكتُشِفت أدوية ضبط ضغط الدم ومعالجة فقدان التوازن الهرموني. وصار من المعتاد تماما حدوث قفزات في كل مجال طبي: من جراحة القلب إلى التنفس الاصطناعي إلى زرع الكلية. أصبح الأطباء أبطالا، وتحولت المستشفيات من رمز إلى المرض واليأس إلى مكان يوفر الأمل والعلاج.

صارت المجتمعات تبني المستشفيات بأقصى سرعة ممكنة. فقد صادق الكونغرس الأمريكي في العام 1946 على مرسوم هيل-بيرتون (Hill-Burton Act)، وهو مرسوم وفر مقادير ضخمة من تمويلات الحكومة لإنشاء المستشفيات[7]. وفي غضون عقدين من الزمان كان البرنامج قد وفر التمويل لأكثر من تسعة آلاف مرفق طبي في طول البلاد وعرضها. صار أكثر الناس يرون لأول مرة في التاريخ مستشفى قريبا منهم، والأمر نفسه صار متوافرا في مختلف أنحاء العالم الصناعي.

من المستحيل أن يبالغ المرء في وصفه حجم هذا التحول، فعلى مدى كل تاريخ النوع البشري تقريبا، كان الناس مضطرين إلى أن يعتمدوا على أنفسهم بشكل أساسي فيما يخص ما يمر على أجسامهم من معاناة. كانوا يعتمدون على الطبيعة والحظ ومساعدة أسرهم. لم يكن الطب يزيد على كونه وسيلة ما بين الوسائل التي يمكن لك أن ترجع إليها، لا تختلف كثيرا عن تعاويذ الشفاء أو عن علاج شعبي تقدمه العائلة، وليست أكثر منها فعالية. ولكن مع امتلاك الطب إمكانات أقوى، صارت المستشفيات تحمل صورة مختلفة. فأنت تجد هنا مكانا يمكن أن تقول للقائمين عليه: «وفروا لي الشفاء». فأنت تدخل وتسجل دخولك إلى المستشفى، وتسلم كل جزء من أجزاء حياتك للأطباء والممرضات: يخبرونك ماذا ستلبس، وماذا ستأكل، وماذا سيدخل في كل جزء من أجزاء جسمك، وما توقيت كل ذلك. لم يكن ذلك الضبط التام مما يسر في كل الأحوال، لكنه آتى نتائج غير مسبوقة، نتائج تتوسع بسرعة لتغطي مشكلات أكثر فأكثر. تعلمت المستشفيات كيف تتغلب على

الأمراض المعدية، وتزيل الأورام السرطانية، وتعيد تركيب العظام المهشمة. تستطيع المستشفيات أن تنهي الفتق وأن تصلح صمامات القلب، وأن تداوي قرحة المعدة النازفة. أصبحت المستشفيات المكان المعتاد الذي يأتيه الناس، بمن في ذلك المسنون، ليتخلصوا من المشكلات التي تواجهها أجسامهم.

لكن ما حدث في الوقت نفسه، وهو افتراض القائمين بالتخطيط أن تطبيق نظام رواتب التقاعد سوف يزيل ملاجئ الفقراء، لم يُزِل المشكلة[8]. فبعد التصديق على مرسوم التأمين الاجتماعي في أمريكا في العام 1935، لم يتناقص عدد المسنين في ملاجئ الفقراء. اتجهت الولايات إلى إغلاق تلك الملاجئ، ولكنها اكتشفت أنها لا تستطيع ذلك، فقد تبين أن السبب الذي دفع بالمسنين إلى ملاجئ الفقراء لم يكن عجزهم عن دفع مصاريف السكن المستقل فقط؛ فهم لجأوا إلى تلك الأماكن لأنهم بلغوا من الوهن، أو المرض، أو الخرف، أو الشعور بالانهيار، درجة لا يقدرون معها على العيش المستقل، ولم يكن لديهم مكان آخر يلجأون إليه لطلب المساعدة. صحيح أن معاشات التقاعد منحت المسنين طريقة للعيش المستقل بقدر الإمكان بعد التقاعد، ولكن رواتب المعاش لم توفر خطة لتلك المرحلة الأخيرة الواهنة من الحياة الفانية.

وحينما ظهرت المستشفيات العديدة فجأة، أصبحت مكانا جذابا أكثر لإيواء العاجزين. وكان هذا هو السبب وراء أن ملاجئ الفقراء أخلت نفسها من النزلاء أخيرا. أغلقت تلك الأماكن أبوابها واحدا تلو الآخر في الخمسينيات من القرن العشرين، وانتقلت المسؤولية عن أولئك الأفراد المسنين الذين صُنفوا على أنهم «مساكين أو معوزون» إلى فروع الرعاية الاجتماعية، ووُضع المرضى والعاجزون في المستشفيات. ولكن المستشفيات لم تستطع أن تحل مشكلة الوهن والأمراض المزمنة وتقدم السن، وبدأت تمتلئ بأشخاص لا مبرر لوجودهم فيها إلا أنهم لا يعرفون مكانا آخر يذهبون إليه. وحركت المستشفيات أعضاء الحكومة من وراء الكواليس للمساعدة في حل تلك المشكلة، وفي العام 1954 وفر المشرِّعون التمويل الكافي للمستشفيات من أجل بناء وحدات تشرف عليها المستشفيات للمرضى الذين يحتاجون إلى فترات طويلة من «استعادة العافية». وكانت هذه بداية مراكز تمريض المسنين بشكلها الحديث المسمى «بيوت التمريض» (nursing homes). يعني هذا

أن مساكن تمريض المسنين لم تخلق قط لمساعدة الأشخاص الذين يواجهون فترة من الاعتماد على الغير بسبب تقدم سنهم، بل وجدت لإخلاء أسرّة المستشفيات.. وهذا هو السبب في أنها أُطلق عليها اسم مساكن «التمريض».

هذه إذن المراحل المتتابعة لطريقة تعامل المجتمع مع الشيخوخة. فالأنظمة التي أدخلها مجتمعنا كانت مصممة في كل حالة تقريبا لحل مشكلة أخرى غير مشكلة تلك الفئة. وكما قال أحد الدارسين(9)، فإن وصف تاريخ بيوت تمريض المسنين من منظور المسنين أنفسهم هو «مثل وصف الانفتاح على الغرب الأمريكي من منظور البغال التي استُخدمت للنقل؛ فهذه البغال كانت في تلك العملية بالتأكيد، ولا شك أن تلك الأحداث التاريخية أثرت تماما في حياة البغال، ولكن يندر أن يكون قد فكر أحد في تلك البغال أثناء تلك الأحداث».

كذلك فإن الحافز الرئيسي التالي لإنشاء أعداد أكبر فأكبر من منازل تمريض المسنين في أمريكا كان حافزا غير مقصود. فحينما جرت المصادقة على نظام «ميديكير» (Medicare)، في العام 1965 وهو النظام الأمريكي للتأمين الصحي للمسنين والعاجزين، حدد القانون ما يشمله التمويل، وأنه لا يشمل إلا العناية بالمرافق التي تحقق المعايير الأساسية للصحة والسلامة. ولم تحقق كثير من المستشفيات، وخاصة في الجنوب، تلك المعايير. ثم خشي صناع القرار ردود الأفعال العنيفة للمرضى المسنين الذين يحملون بطاقات «ميديكير» إذا ما ردتهم مستشفياتهم المحلية، وهكذا اخترع مكتب التأمين الصحي فكرة «التوافق الجوهري»: أي إنه إذا اقترب المستشفى من تحقيق المعايير، وكان يسعى إلى التحسين، فإن هذا المستشفى ستجري المصادقة على أهليته في تقديم «ميديكير». كان هذا التصنيف مجرد تلفيق ليس له أساس قانوني، ومع هذا فإنه حل مشكلة من دون أن ينطوي الحل على ضرر كبير؛ فكل المستشفيات تقريبا حققت هذا الشرط، لأنها تسعى إلى تحسين وضعها. غير أن تشريع المكتب فتح المجال لبيوت التمريض، مع أنه يندر من بين هذه البيوت ما حقق ولو الحد الأدنى من معايير القانون الفدرالي، فلا تحقق مثلا معيار وجود ممرضة في الموقع في كل وقت، ولا معيار أنظمة الحماية من الحريق. قالت ألوف من تلك المراكز إنها تحقق «التوافق الجوهري»، وفعلا جرت المصادقة على عملها. كان من نتيجة هذا تزايدٌ انفجاري في أعداد بيوت التمريض المذكورة –

حتى إن عدد ما بني من تلك البيوت بلغ نحو ثلاثة عشر ألفا بحلول العام 1970 – ولكن تزايدت في الوقت نفسه تقارير عن مقدار الإهمال وسوء المعاملة في تلك المراكز. حدث مثلا في ذلك العام نفسه أن اشتعل حريق في أحد بيوت التمريض في مقاطعة ماريتا في ولاية أوهايو، وهي المقاطعة المجاورة للتي تقع فيها المدينة التي نعيش فيها، وحاصر الحريق 32 من النزلاء حتى قضى عليهم. كذلك حدث في بلتيمور أن ظهر وباء «سالمونيللا» (Salmonella) في أحد بيوت التمريض وقضى على حياة 36 شخصا.

وبمرور الوقت شُددت الإجراءات، وجرى أخيرا التعامل مع مشكلات الصحة والأمان. لم تعد النار تحاصر وتقضي على النزلاء، ولكن المشكلة الأساسية باقية. فأمثال هذه الأماكن سيقضي نصفنا سنة أو أكثر فيها، كما هو الواقع الآن، مع أنها لم تهيأ قط لتستقبلنا في حقيقة الأمر.

حدث في صباح أحد الأيام من أواخر العام 1993 أن أليس سقطت في وقت كانت وحدها في الشقة التي تعيش فيها. ولم يعثر عليها أحد إلا بعد ساعات طويلة، فقد استغربت نان أن أليس لم تجب قط على الهاتف، فأرسلت جيم ليستكشف الأمر. واكتشف جيم أن أليس متمددة على الأرض بجوار أريكة غرفة المعيشة، وهي شبه غائبة عن الوعي. أعطاها الفريق الطبي في المستشفى سوائل في الوريد، وأجروا عددا من الفحوص والصور الشعاعية، ولم يجدوا كسرا في العظام أو أي إصابة في الرأس. بدت كل الأمور على ما يرام، ولكنهم لم يجدوا في الوقت نفسه أي سبب لسقوطها إلا الوهن العام.

وبعد أن عادت أليس من المستشفى إلى لونغ وود هاوس، حثوها على الانتقال إلى طابق التمريض حيث تتوافر المهارات التمريضية. وقاومت مقاومة شديدة، فلم تكن ترغب في ذلك، وهكذا تراخى طاقم العمل. لكنهم بدأوا يتفقدون أحوالها بوتيرة أكثر من قبل، وزادت ميري الساعات التي تقضيها في شقة أليس، ولكن لم يمضِ وقت طويل حتى تلقى جيم اتصالا أخبروه فيه بأن أليس سقطت مرة أخرى، وقالوا إن السقطة كانت شديدة، حتى إنها أُخذت إلى المستشفى في سيارة الإسعاف. ولم يصل جيم ليرى أليس حتى كانوا قد نقلوها على كرسي العجلات إلى غرفة العمليات. ظهر من أشعة إكس أنها قد كسرت وركها.. كان عظم الفخذ قد انكسر

كأنه عنق كأس زجاجية. وأصلح أطباء الجراحة العظمية الكسر بتركيب قضيبين معدنيين طويلين.

كانت عودة أليس إلى شقتها في لونغ وود هذه المرة على كرسي العجلات، وصارت في حاجة إلى من يساعدها في كل أمور حياتها اليومية تقريبا، كاستخدام المرحاض، والاغتسال، واللبس. وهكذا لم يبقَ أمام أليس خيار إلا أن تنتقل إلى وحدة التمريض المتمرس. قالوا لها إنهم يأملون أنها ستتعلم، نتيجة للعلاج الفيزيائي، أن تمشي مرة أخرى وتعود إلى شقتها. ولكنها لم تعُد إليها على الإطلاق. لقد تقيدت من ذلك الوقت وما بعده بكرسي العجلات، ودخلت في النظام الصارم لحياة بيوت التمريض.

فقدت أليس كل خصوصيتها وإمساكها بزمام حياتها. صارت تظهر في ملابس المستشفى أكثر الوقت، وصارت تمشي حينما يطلبون منها أن تمشي، وتغتسل وتلبس حينما يطلبون منها أن تفعل ذلك، وتأكل حينما يطلبون منها أن تأكل. وصارت تعيش مع الأشخاص الذين يحدد لها أن تعيش معهم. كان عليها أن تعيش مع سلسلة من زملاء السكن، لم تختر أيا منهم، وكلهم من ذوي الضعف العقلي. كان بعضهم هادئا، غير أن أحدهم سبَّب لها الأرق طوال الليل. صارت تشعر بأنها محتجزة، كأنه حكم عليها بالسجن لأنها مسنة.

لاحظ عالم الاجتماع إيرفنغ غوفمان Erving Goffman[10] التشابه بين السجون ومنازل التمريض، وذلك منذ نصف قرن، حينما كتب كتابه «الملاذات» (Asylums) فهذه البيوت والسجون شأنها شأن معسكرات التدريب العسكري، ودور الأيتام، ومستشفيات الأمراض العقلية، «مؤسسات مطلقة السيطرة»، أماكن مقطوعة عن المجتمع الأوسع. وأضاف غوفمان: «من الترتيبات الأساسية في المجتمع الحديث أن الفرد يغلب عليه أن ينام في مكان غير المكان الذي يلعب فيه، ويلعب في مكان غير المكان الذي يعمل فيه، ويكون له شركاء في كل من الجوانب الثلاثة للحياة غير شركاء الجانبين الآخرين، وتكون الإدارة صاحبة السلطة في كل من الحالات الثلاث غير السلطة في الحالين الأخريين، وليس هناك من خطة عقلانية تسيطر على جوانب الحياة الثلاثة». غير أن هذه المؤسسات مطلقة السيطرة، كما يقول غوفمان، تحطم تلك الحواجز التي تفصل مجالات الحياة بطرق محددة يعددها غوفمان:

أولها: أن كل جوانب الحياة تحدث، في مؤسسات السيطرة المطلقة، في المكان نفسه، وتكون الإدارة فيها للسلطة المركزية نفسها. ثانيها: أن كل جانب من جوانب نشاطات الحياة اليومية لنزيل تلك المؤسسات يحدث والفرد في صحبة دائمة لمجموعة غير قليلة من الآخرين، كلهم يعاملون المعاملة نفسها، ويؤدون النشاط نفسه معا. ثالثها: أن كل جوانب النشاطات اليومية مبرمجة بشكل صارم، بحيث إن أي نشاط يفضي إلى ما بعده وفقا لجدول لا هوادة فيه، وكل النشاطات مقررة من فوق، يفرضها نظام يعطي تعليمات رسمية واضحة، ويلقيها طاقم من العاملين. أخيرا فإن كل النشاطات المفروضة فرضا تجمعها خطة واضحة يفترض أنها مصممة لتحقيق الأهداف الرسمية للمؤسسة.

والهدف الرسمي لمؤسسة بيت التمريض هو العناية، ولكن فكرة العناية التي تطورت لم يبدُ عليها أي شبه ذي مغزى بما يمكن لأليس أن تطلق عليه اسم المعيشة. وليست أليس وحيدة في هذا الشعور أبدا. قابلت مرة امرأة عمرها تسعة وثمانون عاما سجلت نفسها، عن اختيار منها، لتعيش في بيت للتمريض في بوسطن. ما يحدث في العادة هو أن أبناء الفرد وبناته هم الذين يدفعون به إلى حياة مختلفة، ولكن في حالة هذه المرأة كان الخيار خيارها. كانت تعاني أزمة قلبية احتقانية (congestive heart failure)، والتهاب مفاصل يعيق الحياة، وبعد سلسلة من السقطات على الأرض شعرت بأنه لا خيار لها إلا أن تترك شقتها الخاصة في شاطئ ديلري في فلوريدا. قالت العجوز: «لقد سقطت مرتين في أسبوع واحد، لذلك قلت لابنتي إن منزلي لم يعد المكان المناسب لي بعد الآن».

كما أن هذه العجوز هي التي اختارت المرفق بنفسها. كان مركزا قد حصل على شهادات رائعة من الناس، وطاقم العاملين فيه جيدون، كما أن ابنتها تعيش قريبا من المكان. كانت العجوز قد انضمت إلى ذلك المكان قبل لقائي بها بشهر. قالت لي إنها سعيدة بأنها في مكان آمن؛ فإذا كانت هناك ميزة أسست من أجلها بيوت التمريض فهي هذا الأمان. لكن هذه العجوز كانت غير سعيدة أبدا، بل بائسة.

كانت مشكلتها أنها تتوقع أن تعطيها الحياة أكثر من الأمان. لذلك قالت: «أنا أدرك أنني لن أستطيع أن أفعل هنا ما كنت أفعله من قبل، ولكن الإنسان يشعر هنا بأنه في مستشفى وليس في البيت».

هذه إذن حقيقة يكاد يشعر بها كل فرد خبر بيوت التمريض، فالأولويات بالنسبة إلى القائمين على بيوت التمريض هي أمور مثل تقرح الجسم الناتج عن ملازمة الفراش، والمحافظة على وزن النزلاء.. لا شك في أن ما يهتمون به هو أهداف طبية مهمة، ولكن هذه وسائل، لا غايات. فالمرأة العجوز غادرت شقة يهب بها النسيم، شقة كانت قد أثثتها بنفسها، واستعاضت عنها بغرفة ترابية اللون مشابهة لغرف المستشفى، تشاركها فيها زميلة السكن التي هي غريبة عنها. وممتلكاتها التي سمح لها بوضعها هنا قد قُلصت بحيث تتسع لها الخزانة الوحيدة والرف الذي خصصوه لها. وأمورها الأساسية، مثل وقت خلودها للفراش، ووقت استيقاظها، ولبسها، وتناول وجباتها، خاضعة هنا لجدول صارم تتصف به حياة المؤسسات. لم يعد لها أثاثها الخاص، ولا أن تشرب كأسا من الكوكتيل الذي تحبه قبل العشاء، لأن المؤسسة تعتقد أن هذا شيء غير آمن.

شعرتْ بأنه يمكنها عمل أشياء كثيرة غير ذلك في حياتها، وقالت عن ذلك: «أريد أن أقدم المساعدة للآخرين، وأريد أن يكون لي دور». كانت قبل أن تأتي إلى هنا تصنع حليها بنفسها، وتقوم بالأعمال التطوعية في المكتبة، بينما تقتصر نشاطاتها هنا على لعبة البنغو، ومشاهدة أفلام «دي في دي»، والأشكال الأخرى من الترفيه الجماعي السلبي. أخبرتني بأن أكثر ما تفتقده هو صداقاتها، وخصوصيتها، وإحساسها بالقصد من حياتها. لا شك في أن بيوت التمريض قد قطعت شوطا طويلا في تجاوز الأماكن التي كانت لا تزيد على كونها مستودعات ينحصر فيها النزلاء المسنون والعاجزون فيصبحون فريسة للحريق، والتي كانت رمزا للإهمال. ولكن يبدو أننا استسلمنا لاعتقاد أنه بعد أن يفقد المرء قدرته على التصرف الجسمي المستقل، فإنه ببساطة لم يعد بإمكانه الاحتفاظ بحياة يكون لها معنى، ويكون له فيها ما يكفي من الحرية.

بالطبع لم يستسلم المسنون أنفسهم لهذا تماما، فأنت تجد كثيرا منهم يقاومون سلب الحرية ومعنى الحياة. ففي كل بيت من بيوت التمريض، وفي أي

مرفق للحياة المدعومة بالمساعدة (Assisted Living Faculty)، تثور المعارك حول الأولويات وحول القيم التي يفترض أن يعيش النزلاء بموجبها. فمن أشكال المقاومة ما نجده عند أليس وأمثالها: المقاومة من خلال عدم التعاون: ويكون هذا من خلال رفض النشاطات المبرمجة والأدوية القسرية. يحب المسنون أن يطلقوا على هذا النوع «المشاكس» (feisty). ونحن نحب في العادة هذا النوع من الأشخاص خارج بيوت التمريض.. نحب طريقة هاري ترومان وأمثاله، في عنادهم وأحيانا في مشاكستهم، ويعجبنا كيف يثبتون وجودهم. ولكن حينما نصف شخصا يعيش في إحدى هذه المؤسسات بأنه «مشاكس» فيغلب أننا لا نعني بهذا صفة محمودة. فالعاملون في بيوت التمريض يحبون النزلاء الذين يتصفون بأنهم «مقاتلون» والذين «يبدون مقدارا طيبا من الشعور بكرامتهم واحترامهم لذواتهم»، ولكن هذا مشروط بألا تتعارض أمثال هذه الصفات مع ما يحدده طاقم العمل من أولويات بالنسبة إلى النزلاء. عند ذلك يطلقون على النزيل الذي يتعدى تلك الحدود وصف «المشاكس».

يمكنك أن تتأكد من المشادات اليومية بمجرد أن تتحدث إلى طاقم العاملين بتلك المراكز. يقولون مثلا عن امرأة معينة إنها تطلب المساعدة للذهاب إلى الحمام «كل خمس دقائق»، والحل أنهم يلزمونها بجدول محدد، حيث يأخذونها إلى الحمام مرة بعد كل ساعتين. ولكنها لا تلتزم بالجدول، بل تبلل فراشها بعد زيارة الحمام بعشر دقائق. والحل الذي يفرضه طاقم العاملين الآن هو أن يلبسوها «فوطة». هناك نزيل آخر يرفض أن يستخدم العكازة متعددة الأرجل، ويتمشى في جولات من غير أخذ الإذن بذلك، ومن دون أن ينتظر المرافق. ونزيل ثالث ينسل سرا ليدخن أو يشرب الكحول.

أما موضوع الطعام فهو ميدان حرب لا نهاية لها. ها هي امرأة قد وصلت إلى مرحلة متقدمة من مرض باركنسون، وهي تخالف بلا هوادة نظام الطعام الصارم المخصص لها، حيث يغلى الطعام إلى أن يصبح كالعجين ثم يصفى، بينما تختلس هي من طعام النزلاء الآخرين الذي يمكن أن يسبب لها الاختناق. نزيل آخر وهو رجل مصاب بمرض ألزهايمر يخزن الوجبات في غرفته، وهو بهذا يخرق قوانين السكن. وضبط أحد مصابي السكري وهو يأكل سرا قطعا من الكوكي بالسكر،

ويأكل حلوى البودينغ «حلوى البيض والسكر والدقيق»، وهو بهذا قد ضرب تماما معايير السكر المقبولة في دمه. هل يخطر في بال أحد أن الإنسان يمكن أن يعتبر ثائرا بمجرد أن يأكل كوكي؟

وهكذا تتصعَّد الحرب لتحديد من له اليد العليا في ذلك المكان المرعب، حتى يصل الأمر «إلى أن يقيد الشخصُ إلى كرسي غيري (Geri-chair)(*) أو أن يُخضَع بأدوية نفسية». ففي حالات المعاملة اللطيفة، يلقي أحد فريق العاملين نكتة عن تصرفك المخالف، ويهز إصبعه معاتبا ومنبها، ويأخذ تحفتك المخبأة من كيك الشوكولا. لكن ربما لن يمر بالمسن المقيم شخص من أعضاء فريق العاملين يجلس معه ويحاول أن يفهم ما معنى الحياة في نظر هذا المسن وضمن ظروفه الخاصة، دعك من أن يفكر كيف يساعده في جعل حياته في ذلك المكان مثل حياة البيت الذي فقده.

فهذه إذن نتيجة تطور المجتمع إلى حالة صار الفرد فيها يواجه آخر مرحلة من مراحل الحياة البشرية بأن يحاول تناسيها، فنحن ينتهي بنا المطاف إلى صنع مؤسسات تتناول وتحقق عددا لا يستهان به من أهداف المجتمع – بأن تخلي أسرة المستشفى، أو أن تريح العائلات من الأعباء، أو أن تتعامل مع الفقر في صفوف المسنين – ولكن تلك المؤسسات لا تهتم أبدا بالهدف الذي له قيمة لدى الناس الذين يعيشون في تلك المؤسسات: كيف تكون حياتهم ذات قيمة وتستحق أن يعيشها الإنسان، وذلك في فترة يكون المرء فيها ضعيفا واهنا، ولم يعد يملك شيئا يدفع به عن نفسه.

حينما زار جيم أليس في أحد الأيام، همست بشيء في أذنه. كان ذلك في شتاء العام 1994، وذلك بعد كسر وركها ببضعة أسابيع، وبعد أن استقر بها المقام في وحدة التمريض المتمرس، وكان قد مر عليها عامان منذ أن بدأت تعيش في لونغ وود هاوس. كان قد دفع بكرسي العجلات وهي عليه من غرفتها في جولة بأنحاء المجمع، وبعد أن وجدا مكانا مريحا في الردهة، توقفا ليجلسا هناك بعض الوقت. كانا كلاهما من النوع الهادئ، واكتفى كل منهما بالجلوس في ذلك المكان صامتين،

(*) كرسي غيري (Geri-Chair): كرسي خاص بالمسنين مجهز بالوسائد والعجلات وقابل للميلان. [المترجم].

يراقبان الناس وهم يتحركون في كل اتجاه. وعندها مالت أليس إليه وهي على كرسيها ذي العجلات وهمست بكلمتين لا أكثر، قالت له: «إنني جاهزة».

نظر إليها ونظرت إليه. لقد فهم. إنها جاهزة للموت.

قال لها جيم: «حسنا يا أمي».

كان الموقف محزنا، ولم يدرِ كيف سيتصرف. ولكن بعد وقت قصير، هيأ كلاهما أمرا، وهو طلب «لا تحاولوا إنعاشي»، وسجلا هذا الطلب لدى بيت التمريض. والمقصود أنه إذا توقف قلبها أو تنفسها فهي تطلب ألا يحاولوا إنقاذها من الموت. لن يحاولوا عمل تنفس اصطناعي بالضغط على الصدر، أو يستخدموا الصعقة الكهربائية أو يضعوا أنبوبا للتنفس عبر حلقها، بل سيدعونها تمضي إلى طريقها.

ثم مرت شهور، وبقيت أليس تنتظر وتتحمل. وفي إحدى ليالي شهر أبريل، شعرت بآلام في البطن، وذكرت ذلك بكلمات مقتضبة للممرضة، وقررت بعدها ألا تقول شيئا. بعد ذلك تقيأت دما، ومع ذلك لم تنبه أحدا. لم تضغط على زر النداء، ولم تقل شيئا لزميلتها في الغرفة. بقيت صامتة في فراشها. وحينما جاء المساعدون في صباح اليوم التالي لإيقاظ النزلاء في الطابق نفسه، وجدوها قد توفيت ومضت إلى حال سبيلها.

4

بذل المساعدة

قد يخطر ببال الذي يطلع على هذه التفاصيل أن الناس سيثورون، أو أنهم سيحرقون بيوت التمريض حتى تكون رمادا. ولكن شيئا من هذا لم يحدث، هذا لأن الناس لا يتصورون أن هناك حلولا أفضل، فحينما يكون أحدنا ضعيفا واهنا، فلن يجد مجالا لأن يعيش من دون مساعدة. لا نتصور وجود حل آخر.

بقيت العائلة هي البديل الرئيسي؛ ففرصتك في تجنب بيوت التمريض ترتبط ارتباطا مباشرا بعدد أبنائك وبناتك[1]، وقد أظهرت البحوث القليلة التي أجريت بهذا الخصوص أن وجود ابنة واحدة على الأقل أمر جوهري يرتبط به مقدار ما يحصل عليه

«إن مراكز المعيشة المدعومة في شكلها المطبق لا تُهيأ من أجل المسنين أنفسهم، بل تُهيأ من أجل أولادهم»

المسن من عون. ولكن ازدياد طول العمر صادف الوقت الذي صارت العائلة فيه تعتمد على مصدرين للدخل بدلا من المصدر الواحد، وكانت نتيجة ذلك مؤلمة ومؤسفة لكل الأفراد(*).

مثالنا على ذلك لو ساندرز، فحينما كان عمره ثمانية وثمانين عاما احتاج هو وابنته شيلي إلى أن يتخذا قرارا صعبا بشأن المستقبل، لقد كان حتى ذلك الحين يتعامل مع الأمور بشكل حسن. في الواقع لم يكن في أي فترة من حياته يطلب من الحياة الكثير، بل يكتفي ببعض المباهج المعتدلة، إلى جانب صحبة الأهل والأصدقاء. يتحدر لو من عائلة يهودية مهاجرة من أوكرانيا تنطق بالروسية، وقد نشأ في دورشستر، وهو حي للعمال في بوسطن. عمل قبطانا حربيا في الحرب العالمية الثانية في جنوب المحيط الهادي، وبعد أن عاد تزوج واستقر في لورنس، وهي بلدة صناعية خارج بوسطن. وقد ولد له ولزوجته روث صبي وفتاة. عمل لو مع أخ زوجته في بيع الأجهزة المنزلية، واستطاع أن يشتري للعائلة بيتا من ثلاث غرف نوم في حي جيد، كما استطاع أن يوفر لابنته وابنه الدراسة الجامعية. لا شك في أنه واجه - هو وزوجته روث - نصيبهما من متاعب الحياة. فابنهما مثلا وقع فريسة المخدرات والكحول وسوء التصرف بالمال، وأصيب بعلة «ثنائية القطب» (bipolar disorder)(**)، ثم إن هذا الابن انتحر وهو في الأربعينيات. مشكلة أخرى واجهها الزوجان هي أن تجارة لو في بيع الأجهزة ظلت تدر دخلا طيبا مدة سنوات، ثم جاءت متاجر الفروع المتعددة، فانتهى أمر تجارته. وهكذا اضطر لو، وعمره خمسون عاما، إلى أن يبدأ من جديد. ومع ذلك، وعلى الرغم من سنه، وقلة خبرته، وعدم حصوله على دراسة جامعية، أُعطي فرصة جديدة، وذلك على شكل وظيفة فني كهربائي في شركة ريثيون، ولم يحتج إلى أن يغير مهنته بعد ذلك، حتى تقاعد في سن السابعة والستين، وذلك بعد أن سمحت له شركة ريثيون بالعمل مدة سنتين إضافيتين، وذلك ليكون راتبه التقاعدي أعلى بـ 3 في المائة مما يكون عليه من دون هاتين السنتين.

(*) إشارة إلى حاجة الأسرة إلى أن يعمل كل من الأم والأب ليوفرا دخلا كافيا من مصدرين، مما يعني عدم إمكان بقاء أحدهما في البيت للاعتناء بالمسنين أو الأطفال في أوقات العمل. [المحرر].

(**) العلة ثنائية القطب (Bipolar Disorder): علة في المزاج تجعل المصاب يتقلب بين أقصى المرح وأقصى الاكتئاب بشكل مفاجئ. [المترجم].

في تلك الأثناء ظهرت لدى زوجته روث مشكلات صحية، فقد كانت مدخنة طوال عمرها، وقد شُخِّصت إصابتها بسرطان الصدر، ولكنها تغلبت عليه، ومع ذلك بقيت تدخن (وهو أمر لم يستطع لو أن يفهمه). أصيبت روث بسكتة دماغية بعد تقاعد لو بثلاث سنوات، ولم تشف من تلك السكتة تماما كل حياتها. لقد أصبحت معتمدة على زوجها أكثر فأكثر للتنقل بالسيارة، والتسوق، وتدبير شؤون المنزل، أي في كل شيء. ثم ظهر ورم تحت ذراعها، وظهر من تحليل الخزعة وجود ورم سرطاني انتقالي، وتوفيت في أكتوبر 1994، وهي في عمر الثالثة والسبعين، وهكذا أصبح لو أرمل، وهو في سن السادسة والسبعين.

لقد أصبحت شيلي في قلق على والدها، فلم تكن تعلم كيف سيعيش من دون زوجته روث. غير أن عنايته بزوجته في أثناء انحدارها نحو النهاية أجبرت لو على أن يتعلم كيف يدبر أموره. صحيح أنه أثرت عليه الفاجعة، ولكنه وجد - بالتدريج - أنه يستطيع أن يعيش وحده. وهكذا كانت حياته سعيدة على مدى العقد التالي، وكان راضيا بحياته؛ فهو يتبع نظاما رتيبا وبسيطا: يقوم مبكرا، ويعد لنفسه طعام الفطور، ويقرأ الصحيفة، ثم يقوم بجولة على الأقدام، ويشتري خضرته لذلك اليوم من السوبرماركت، ثم يعود إلى المنزل ليعد الغداء. وكان يزور بعد الظهر مكتبة البلدة، وهي مكتبة جميلة، كثيرة الإضاءة، وهادئة. وكان يقضي هناك ساعتين يقرأ مجلاته وصحفه المفضلة، أو يغوص في أعماق رواية مثيرة. وبعد أن يعود إلى المنزل، يقرأ في كتاب قد استعاره من المكتبة، أو يشاهد فيلما أو يستمع إلى الموسيقى. ويلتقي مرتين في الأسبوع مع أحد جيرانه في البناء نفسه ليلعبا «الكريبدج» (cribbage)(*).

تقول شيلي: «في الحقيقة، كوّن والدي صداقات جميلة، بل إنه يستطيع أن يكوِّن صداقة مع أي شخص يريد».

أحد أصدقاء لو الجدد موظف بسيط يعمل في محل فيديو في البلدة، وهو مكان يزوره لو كثيرا. كان الموظف، واسمه بوب، في العشرينيات من عمره. تجد لو وقد أخذ مكانه على كرسي الحانة الذي هيأه له بوب بجانب قسم المحاسبة،

(*) لعبة من ألعاب الورق. [المترجم].

ثم ينغمس الرجلان في صداقتهما مدة ساعات. وتعمقت الصداقة بينهما إلى درجة أنهما سافرا مرة مترافقين إلى لاس فيغاس. كان لو يحب الذهاب إلى نوادي القمار، وكان يذهب برفقة مختلف الأصدقاء.

ثم حدث في العام 2003 أن أصيب لو بأزمة قلبية وعمره خمسة وثمانون عاما. ولكن صادفه وقتها حظ حسن، فقد حملته سيارة الإسعاف حالا إلى المستشفى، واستطاع الأطباء أن يدخلوا شبكة أو أنبوبة توسيع (stent) فتحوا بها الشريان التاجي في الوقت المناسب. وبعد ذلك بأسبوعين زار لو مركزا لإعادة تأهيل مرضى القلب، ولوحظ وقتها أن وضعه لا يدل على أنه مر بأزمة أصلا، غير أنه حدث بعد ذلك بثلاثة أعوام أن سقط لو على الأرض، وهذا نذير أن انحداره نحو النهاية غير قابل للتوقف هذه المرة. لاحظت شيلي أن والدها بدأ يرتعش، وقد شخَّص طبيب أعصاب مرضه على أنه مريض بمرض الباركنسون. صحيح أن الأدوية أمكن أن تسيطر على الأعراض، ولكن لو بدأ يعاني أيضا مشكلات في الذاكرة. لاحظت شيلي أنه حينما يقص قصة طويلة، فإنه يحدث أحيانا أن يضيع ترابط الأحداث، وينسى ما بدأ الحديث عنه. كما بدا أحيانا أن ذهنه في تشوش بشأن شيء كانا يتحدثان بشأنه. غير أن لو كان يبدو في معظم الوقت في حالة طيبة، بل في حالة ممتازة لرجل في سن الثامنة والثمانين؛ فهو لايزال يقود السيارة، لايزال يتغلب على أي منافس في لعبة الكريبدج، ولايزال يدبر شؤون منزله وأموره المالية بنفسه، لكنه سقط مرة أخرى، سقطة شديدة، وشعر بالخوف. لقد أشعرته هذه الحادثة فجأة بثقل كل ما مر به من تغيرات تراكم بعضها على بعض. وأخبر شيلي أنه خائف من أن يسقط يوما ويصدم رأسه ويموت. وقال إن ما يخاف منه ليس الموت، ولكن احتمال أن يموت وحيدا.

سألته شيلي ما رأيه في زيارة بيوت التقاعد، لكنه لم يرض أن يفكر فيها. لقد رأى أصدقاء في مثل تلك المراكز. قال معلقا: «إن تلك المراكز مملوءة بالمسنين». ولم تكن تلك المراكز هي المكان الذي يريد العيش فيه، بل إنه جعل شيلي تعطيه وعدا بألا تضعه أبدا في أحد تلك الأماكن.

ولكن لو كان يعلم أنه لم يعد يستطيع أن يدبر شؤونه وحيدا، ولم يبق أمامه خيار إلا أن ينتقل للعيش مع شيلي وأسرتها. وفعلا هيأت شيلي الظروف لينتقل والدها للعيش معهم.

سألتُ شيلي وزوجها توم عن شعورهما بشأن انتقال لو للعيش معهما، وقال كلاهما إنه وضع جيد. وقالت شيلي: «إنني في الواقع لم أكن مرتاحة لعيشه وحده بعد كل ما حدث»، ووافق توم على موقف شيلي؛ فقد أصيب لو بأزمة قلبية، كما أنه يكاد يبلغ التسعين من عمره. وشعر الزوجان بأن ما فعلاه هو أقل الواجب. وأقر كلاهما بأنهما يفكران في أنه لن يعيش طويلا الآن، فلمَ لا يكون معهما؟

يعيش توم وشيلي حياة طيبة في مجمع متوسط المستوى قائم من أيام ما قبل الاستقلال في نورث ريدينغ North Reading، وهي ضاحية من ضواحي بوسطن، ولكنها ليست حياة خالية من المتاعب. تعمل شيلي مساعدة شخصية، وأما توم فقد مر عليه عام ونصف العام، منذ أن سرحته شركته ضمن موجة من تسريح العاملين فيها، وهو يعمل الآن مع شركة سفريات، ويتقاضى أقل مما كان يتقاضاه من قبل. وبما أن لديهما طفلين في سن المراهقة في البيت، فلم يكن لديهما مكان واضح ينام فيه لو. ولكن شيلي وتوم حولا غرفة المعيشة إلى غرفة نوم، فأدخلا إليها سريرا، وكنبة، وخزانة لو، وتلفازا من نوع الشاشة المسطحة. وأما بقية أثاث لو فقد بيع أو وضع في المستودع.

مثل هذا التعايش احتاج إلى تعديلات في الحياة، واكتشف الجميع، وبسرعة، السبب في أن مختلف الأجيال صاروا يفضلون العيش مستقلين بعضهم عن بعض. ها قد تبادل لو وشيلي دور الوالد والابنة، فهي صاحبة الكلمة هنا، ولم يسعد لو في وضع لا يكون فيه صاحب الكلمة، كما كان في بيته. كما وجد لو نفسه في وحدة أكثر مما كان يتوقعه. لم يجد مثلا في شارعهم المسدود رفقاء مدة ساعات طويلة من سحابة النهار، ولا مكانا معقول المسافة حتى يسير إليه، لم يجد مثلا مكتبة أو محلا للفيديو أو سوبر ماركت.

حاولت شيلي أن تشركه في برنامج يومي للمواطنين المسنين، وأخذته معها إلى فطور خارج المنزل، ولم يستمتع بتلك النشاطات على الإطلاق. واكتشفت شيلي أن بعض الأفراد يزورون، من آنٍ إلى آخر، فوكس وودز، وهو نادٍ للقمار، على بعد ساعتين من بوسطن. لم يكن المكان هو الأفضل في نظره، ولكنه وافق على الذهاب. وشعرت شيلي بالسرور الغامر لموافقته؛ فقد كانت تأمل أن يؤدي هذا إلى أن ينشئ والدها صداقات جديدة.

وحينما حدثتني عن ذلك قالت: «كان شعوري مثل شعور الأم وهي تضع ولدها الصغير في باص المدرسة لأول مرة»، ولعل هذا بالضبط هو ما نفَّره من الموضوع. قالت شيلي: «أذكر أني قلت للمجموعة في الباص: مرحبا يا شباب. هذا لو، وهذه أول مرة يذهب معكم، ولذلك فآمل أن تصادقوه». وحينما عاد سألته شيلي فيما إذا كان قد كوّن أي صداقات. ولكنه أجاب بالنفي، وأنه كان يقامر وحده!

غير أنه وجد شيئا فشيئا طريقة للتأقلم مع هذه الحياة الجديدة؛ فلدى شيلي وتوم كلبة صينية شار- بي Shar-Pei اسمها بيجين، وقد أصبح لو والكلبة صديقين حميمين، فقد صارت تنام معه على سريره في الليل، وتجلس معه حينما يجلس للقراءة أو لمشاهدة التلفاز. وكان يأخذها في جولات من المشي، وإذا وجدها جالسة على كرسيه الميال فإنه يذهب إلى المطبخ ويأتي بكرسي آخر حتى لا يزعجها.

كما أن لو وجد أصدقاء من البشر أيضا، فقد صار يسلم على حامل الحليب كل يوم، ونمت الصداقة بينهما. وكان حامل الحليب يحب لعب الكريبدج، وصار يأتي كل يوم اثنين ويلعب معه في ساعة استراحة الغداء؛ كما أن شيلي وظفت شابا يسمى ديف ليقضي وقتا محددا مع لو. ولكن هذا الترتيب كان لا بد من أن يفشل، كما يحدث دائما في تكوين الصداقات المفروضة. ولكن مهما قلنا عن هذه القاعدة فإن الواقع أنه استفاد من تلك الصداقة؛ فقد صار لو يلعب مع ديف لعبة الكريبدج أيضا، وصار يأتي مرتين في فترة ما بعد الظهيرة ليقضي بعض الوقت مع لو.

لقد استقر لو في حياته الجديدة، وكان يتصور أن هذه هي نوعية الحياة التي سيقضيها فيما تبقى له من عمره، ولكن في الوقت الذي بدأ لو ينجح في التأقلم مع هذه الحياة، كانت شيلي تشعر أكثر فأكثر بأن الوضع مستحيل؛ فها هي تعمل في وظيفتها، وتعتني بشؤون البيت، وبالها مشغول على طفليها، لأن الفتى والفتاة كانت لهما مشكلاتهما، فهما يريدان نتائج طيبة في دراستهما الثانوية. وعليها فوق هذا أن تعتني بوالدها، وهو حبيب إلى قلبها، ولكنه واهن الجسم بشكل مخيف، ويعيش معتمدا عليهم. كان العبء الذي تتحمله شيلي هائلا؛ فالسقطات التي يسقطها والدها مثلا لم تتوقف أبدا: يكون في غرفته أو في الحمام أو ينهض من عند طاولة المطبخ، وإذا به يخر من دون أن تحمله رجلاه، فيسقط مثل سقوط الشجرة. احتاجوا إلى أن ينقلوه في سيارة الإسعاف أربع مرات في عامٍ

واحدٍ إلى غرفة الطوارئ. وأوقف الأطباء دواء الباركسنون الذي يأخذه، مفترضين أنه قد يكون وراء تلك السقطات، ولكن النتيجة كانت أن ساءت حالته، فقد تفاقمت الرعشة لديه، مما زاد من قلة توازنه على رجليه. وشُخِّص أخيرا بأنه مصاب بارتفاع «ضغط الدم الوضعي» **postural hypertension**؛ وهي حالة تصيب كبار السن؛ يفقد فيها الجسم قدرته على المحافظة على مقدار كاف من ضغط الدم ليستمر الدماغ في عمله في أثناء تغيير وضعية الجسم، مثل التغيير من الجلوس إلى الوقوف. والشيء الوحيد الذي استطاع الأطباء عمله هو أنهم أخبروا شيلي بأن تكون أكثر حرصا عند العناية به.

اكتشفت شيلي أن والدها لو صار يواجه رعب الليل، فهو يحلم بالحرب، هذا مع أن لو لم يشارك أبدا في معارك فيها اشتباك شخص مع آخر، ومع ذلك يرى في منامه عدوا يهاجمه بالسيف ويطعنه به، أو يبتر يده. كانت أحلامه شديدة الوضوح ومخيفة. وحينما يحدث هذا يأخذ في الخبط بيديه وهو يصيح، ويضرب الحائط المجاور. وتسمع الأسرة ضجته في أنحاء البيت، وتسمع صياحه وهو ينادي: «لااااا!»، «ماذا تعني؟»، «يا سافل!».

قالت شيلي عن ذلك: «لم نسمع منه مثل ذلك في حياتنا». وكان من نتيجة ذلك أن الأسرة كانت تحرم من النوم في العديد من الليالي.

وهكذا ازدادت أعباء شيلي أكثر فأكثر؛ فقد صار عمر لو تسعين عاما، ولم يعد يملك التوازن الكافي والمهارة الكافية ليغتسل وحده. ركَّبَت شيلي، استجابة لتوجيه برنامج خاص بكبار السن، قضبان أمان في الحمام ليمسك بها المسن، وركبت تواليت مرتفعا بقدر جلوس المسن، وكرسيا للجلوس في أثناء الاغتسال بالرشاش، ولكن كل هذا لم يكفِ لحماية والدها؛ لذلك اتفقت شيلي مع مساعد صحة للمنازل ليساعد لو في الاغتسال وغير ذلك من المهام. ولكن والدها لم يوافق على الاغتسال في النهار حينما يكون المساعد موجودا للمساعدة، بل كان يريد الاغتسال في الليل، مما يتطلب أن تكون شيلي هي التي تساعده، وهكذا أُضيف هذا إلى قائمة واجباتها.

والأمر نفسه حصل بالنسبة إلى تغيير ملابسه؛ حينما يكون قد لوثها بالتبول. كان لو يعاني مشكلات في البروستاتا، وعلى الرغم من الأدوية التي وصفها له طبيب المسالك للبروستاتا، بقي البول ينقط أو يتسرب قبل أن يستطيع استدراك الأمر

بالوصول إلى الحمام في الوقت المناسب. حاولت شيلي أن تجعله يلبس ملابس داخلية واقية تستخدم لمرة واحدة، ولكنه رفض استخدامها، وقال: «إنها فوطة، مثل فوط الطفل الرضيع».

بعض أعباء شيلي كانت ضخمة وبعضها صغيرة؛ من ذلك أن لو لم يكن يعجبه الطعام الذي تعده شيلي لبقية العائلة، لم يكن يشكو أبدا، بل يمتنع عن الطعام. وهكذا اضطرت شيلي إلى البدء في إعداد وجبات خاصة بوالدها. من المشكلات أيضا أن سمعه ضعيف، ولذلك كان يرفع صوت التلفاز إلى درجة يغلي منها الدماغ. وحينما أغلقوا باب غرفته لتخفيف الصوت لم يعجبه ذلك؛ لأن هذا يمنع الكلب من الدخول والخروج. بدأت شيلي تشعر بالرغبة في خنق والدها، ولكنها وجدت أخيرا سماعات أذن تسمى بـ «الآذان التلفازية» (TV Ears). أبدى لو كراهيته لهذه السماعات، ولكن شيلي جعلته يضعها رغما عنه. قالت شيلي عن هذه السماعات: «لقد شعرنا بأنها تنقذ الحياة»، ولم أتأكد هل تقصد أنها أنقذت حياتها أو حياة أبيها.

إن العناية بشخص عجوز واهن الجسم، في عصرنا الذي تغلب فيه الحلول الطبية، هي عبارة عن مزيج يكاد لا يحتمل من صعوبات التقنية وتوفير الرعاية؛ فلو يتناول العديد من الأدوية، وهذه الأدوية لا بد من متابعتها، ولا بد من تنظيمها وإعادة ملء الفارغ. وكان لا بد من أن يزور عددا غير قليل من الأطباء في مختلف التخصصات، وتكون زياراته لهم أسبوعية في بعض الأحيان، ولا بد من أن يطلب هؤلاء على الدوام عددا من التحاليل المخبرية، وصورا كاشفة، وزيارات لأطباء متخصصين آخرين. من جملة الفحوص أن لو كان لديه جهاز تنبيه إلكتروني لمنع السقوط، ولا بد من فحص هذا الجهاز شهريا. كل هذا كان على شيلي أن تواجهه بمفردها تقريبا، فالقائم على أمور المسن هذه الأيام يواجه من الأعباء أكثر في الواقع مما كان يواجهه مثيله منذ قرن من الزمان. ها قد أصبحت شيلي منهمكة في مهمات تستغرق الليل والنهار، فهي في الوقت نفسه بواب/ سائق/ منظم برامج/ قناص الخلل في الأدوية أو التقنيات، بالإضافة إلى كونها طباخة/ خادمة/ مساعدة، هذا إلى جانب كسب لقمة العيش للجميع. وتغييرات اللحظة الأخيرة من قبل المساعدين الصحيين أو المواعيد الصحية تحدث مقدارا لا يوصف من الفوضى في عملها، وكل التعقيدات التي ذكرناها تحدث مقدارا لا يوصف من الاضطراب في عواطفها في

المنزل؛ فمن أجل مجرد رحلة تستغرق يوما وليلة مع عائلتها تضطر إلى أن توظف أحدا يبقى مع لو، وحتى بعد ذلك كثيرا ما تظهر أزمة تفسد كل الخطط. ذهبت مرة مع زوجها وأولادها في رحلة إلى بحر الكاريبي، ولكن كان عليها أن تعود في غضون ثلاثة أيام، فقد علمت أن لو يحتاج إلى وجودها.

شعرت شيلي أخيرا بأن عقلها يكاد يفقد سلامته: إنها تريد أن تكون ابنة بارة بوالدها، وتريد لوالدها أن يكون في أمان، وتريده أن يكون سعيدا. ولكنها تريد أيضا أن يكون تدبير حياتهم سلسا إلى حد معقول. سألت شيلي زوجها في إحدى الليالي عما إذا كان عليهم أن يجدوا مكانا يضعون فيه والدها. كان مجرد ذكرها هذه الخاطرة شيئا يخجلها، فهي ستكون بذلك قد أخلفت وعدها لوالدها.

لكن توم لم يكن عنده ما يفيد، فقد قال: «اصبري، فلم يعد هناك وقت طويل».

ولكن ظهر أن الوقت الباقي طويل، لذلك قال لي توم، وهو يتذكر تلك الكلمة بعد ثلاث سنوات: «لقد كانت كلمتي تلك تدل على عدم الشعور بمتاعبها»؛ فقد وصلت شيلي تقريبا إلى نقطة الانهيار.

كان لشيلي ابن عم يدير مؤسسة للعناية بالمسنين، وقد أوصى بأن تأتي ممرضة وتقيِّم أحوال لو وتتحدث إليه، وذلك حتى لا تكون شيلي هي التي تأخذ على عاتقها القرار المزعج. وجاءت الممرضة، وفهمت أوضاع لو، وقالت لشيلي إنه بالنظر إلى أن حاجاته ستتزايد بمرور الوقت، فإنه يحتاج إلى مساعدة أكثر مما يمكن للبيت أن يقدمه. يضاف إلى هذا أن مثل هذا الإجراء سيخلصه من بقائه وحيدا في أثناء النهار.

نظر والدها إليها متوسلا، وفهمت بماذا يفكر، وسألها ألا تستطيع أن تترك العمل وتتفرغ له؟ كان السؤال مثل خنجر يطعن في صدرها. ودمعت عيناها وهي تخبره بأنها لم تعد تستطيع أن تقدم ما يحتاج من عناية، لا عاطفيا ولا ماليا. وافق من دون أن يكون راضيا فعلا أن يرافقها في البحث عن مكان يؤويه. كان المشهد يوحي بأنه من المستحيل أن يتوافر شيء من السعادة لأي إنسان بعد حصول الوهن الذي ينجم عن تقدم السن.

لم يكن المكان الذي قررا زيارته بيت تمريض، أي ليس المركز التقليدي لرعاية المسنين، ولكن مرفقا للمعيشة المدعومة بالمساعدين (Assisted Living Faculty).

وهذه المرافق الحديثة، مساكن المعيشة المدعومة بالمساعدين، تعتبر محطة متوسطة بين المعيشة المستقلة والحياة في بيوت التمريض. ولكن كيرين براون ويلسون Keren Brown Wilson، وهي من مبتكري هذه الفكرة، حينما بنت أول مركز للمعيشة مع وجود المساعدين في ولاية أوريغون Oregon في الثمانينيات من القرن العشرين، كانت تحاول إيجاد مكان يلغي تماما الحاجة إلى بيوت التمريض. كانت تريد إيجاد بديل لتلك البيوت، وليس محطة متوسطة. كانت كيرين ويلسون تعتقد أن في إمكانها إيجاد مكان يستطيع فيه الأفراد - من أمثال لو ساندرز - أن يعيشوا حياة تتوافر فيها الحرية والتحكم في الذات، بصرف النظر عن مقدار القيود التي تقيدهم بسبب وضعهم الصحي. كانت تعتقد أنه لا حاجة إلى أن يستسلم المرء للعيش فيما يشبه مستشفى المجانين لمجرد أنه أصبح مسنا وواهنا. تولدت في ذهنها صورة عن نوعية حياة أفضل وفي متناول من يحتاج إليها. وكان هذا التصور وليد الخبرات نفسها التي واجهها وصارعها لو وشيلي: خبرة الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين من دون أن يحس المرء بالرضا بالنسبة إلى لو، والمسؤولية التي تصل بالمرء إلى حد العذاب بالنسبة إلى شيلي.

قد لا يخطر في بال المرء أن تكون كيرين ويلسون من تلك النوعية التي تخرج بأفكار ثورية، وإن كانت مغرمة بالقراءة، فهي ابنة عامل مناجم من فرجينيا الغربية، وأمها تعمل في غسل الملابس، ولم يتجاوز أي منهما في دراسته الصف الثامن. كانت في المدرسة الثانوية حينما توفي والدها، ثم لما صار عمرها تسعة عشر عاما أصيبت والدتها جيسي بسكتة دماغية مدمرة. كان عمر الأم جيسي وقتها لا يزيد على خمسة وخمسين عاما. تركتها السكتة مشلولة شللا دائما على طول أحد شقي جسمها. لم يعد في إمكانها أن تمشي أو أن تقف، ولم تعد تستطيع رفع ذراعها، وارتخى وتدلى وجهها، وأصبح حديثها صعب الفهم. ومع أن ذكاء جيسي وإدراكها لم يتأثرا بالإصابة، فإنها لم تعد تستطيع غسل نفسها، أو أن تطبخ، أو أن تعتني بنفسها في التواليت، أو أن تغسل ملابسها وترتبها، وبالطبع صار أداء أي عمل مأجور أبعد فأبعد. لقد أصبحت الأم في حاجة إلى المساعدة، ولكن كيرين ويلسون كانت لاتزال طالبة جامعية. كانت لاتزال من دون دخل، وهي تعيش في شقة صغيرة جدا مع زميلة سكن، ولم تكن لديها طريقة تعتني بأمها بها. كان لها إخوة وأخوات، ولكن قدرتهم على المساعدة لم

تكن أفضل من قدرتها. لم يكن هناك من حل إلا بيوت التمريض، ولهذا اتفقت مع بيت للتمريض قريب من جامعتها. بدا أن المكان آمن ويوفر جو المودة، ولكن الأم جيسي ظلت تلح على ابنتها بالقول: «خذيني إلى البيت».

ظلت جيسي تعيد وتكرر: «أخرجوني من هنا».

من هنا نشأ عند كيرين ويلسون الاهتمام بوضع خطط للعناية بالمسنين. حصلت كيرين بعد تخرجها على وظيفة في خدمة المسنين في ولاية واشنطن. وتنقلت جيسي على مدى السنين من بيت تمريض إلى آخر، لتكون بقرب هذا أو ذاك من أبنائها وبناتها، ولكنها لم تشعر بالرضا عن أي واحد من تلك الأماكن. أما كيرين فكانت قد تزوجت، وقد حثها زوجها، وهو عالم اجتماع، على أن تتابع دراستها. وقبلت في برنامج للدكتوراه في علم الشيخوخة (gerontology) في جامعة بورتلاند الحكومية في ولاية أوريغون. وحينما أخبرت أمها بأن موضوع تخصصها سيكون الشيخوخة سألتها أمها سؤالا قالت كيرين ويلسون إنه غيَّر حياتها، فقد قالت والدتها: «لماذا لا تفعلين شيئا لمساعدة الناس من أمثالي؟».

كتبت كيرين فيما بعد: «كان حلمها بسيطا»[2].

تضمن حلم الأم - كما عبرت عنه - مسكنا صغيرا له مطبخ صغير وحمام، ويحتوي على أعز أشيائها عليها، أشياء من أمثال قطتها، ومشاريعها التي لم تتم، ودهون «فيكس فابوراب» Vicks Vaporub للصدر والظهر والرقبة، وإناء القهوة، والسجائر. وتريد أن تحصل على المساعدة في الأشياء التي لا تستطيع أن تعملها من دون الآخرين. وفي هذا المكان الخيالي يمكنها أن تقفل بابها متى شاءت، وأن تتحكم في الحرارة كما يريحها، وأن يكون لها أثاثها الخاص. وفي ذلك المكان لا يستطيع أحد أن يوقظها، أو يخفي نوع الصابون الذي تحبه، أو يخرب ملابسها، ولا يستطيع أحد في هذا المكان الخيالي أن يرمي «مجموعتها» من الأعداد القديمة من المجلات أو «كنوز غودويل» خاصتها[*]، لأنهم يعتبرون في هذا خطرا على الصحة. وتستطيع

(*) شركة صناعات غودويل المحدودة Goodwill Industries International Inc: مؤسسة غير ربحية تستقبل الأغراض المستعملة بوصفها تبرعات لتصلح ما تلف منها، وتهيئها لتكون قابلة للاستعمال من جديد، ومن ثم تُعيد بيعها بأسعار مخفضة، وتهدف المؤسسة إلى توفير فرص عمل لمختلف فئات المجتمع، وقد شاع التعبير كنوز غودويل (Goodwill Treasures) المُشير إلى النوادر التي يبتاعها الناس ويعتزون بها من سلع تلك الشركة. [المحرر].

أن تحظى بخصوصيتها، فتنفرد عن الناس متى أرادت، ولا يستطيع أحد أن يلزمها بلبس ملابسها، أو أخذ دوائها، أو المشاركة في نشاطات لا ترغب فيها. فهي عند ذلك ستصبح جيسي مرة أخرى، أي شخصا حيا يعيش في شقة بدلا من أن تكون مريضة مقيدة بالسرير.

حينما سمعت كيرين ويلسون هذه الخيالات من أمها لم تعلم كيف تفيد منها. بدت رغبات أمها معقولة، ولكنها بدت - وفق قواعد العمل في المراكز التي عاشت فيها - مستحيلة. لقد شعرت كيرين ويلسون تماما بمشاعر طاقم العمل في بيوت التمريض؛ فهم يعملون بكل ما لديهم من طاقة للعناية بأمها، وكانوا يؤدون تماما ما يطلب منهم أن يفعلوه، وشعرت كيرين ويلسون بالذنب لأنها لم تستطع أن تقدم هي خدمة أفضل. ولكن بقي سؤال أمها يلح عليها في أثناء دراستها العليا، وكلما درست أكثر وتعمقت أكثر ازداد اقتناعها بأن بيوت التمريض لن تقبل أبدا بشيء مما حلمت به والدتها جيسي؛ فقد خُطِّط لكل جزئية في تلك المؤسسات ليكون بيدها زمام التحكم في نزلائها. وحقيقة أن هذا التصميم والتخطيط يفترض أنه لمصلحة النزلاء، لصحتهم وسلامتهم، يجعل أصحاب الكلمة في تلك المراكز منغلقين، وفي صمم عن سماع أي اقتراح بالتغيير. وقررت كيرين ويلسون أن تحاول أن تدون على الورق وصفا للبديل الذي يمكّن المسنين الواهنين فيه من أن يحتفظوا بأكبر مقدار ممكن من التحكم في رعاية حياتهم، بدلا من أن يتركوا الرعاية هي التي تتحكم فيهم.

كانت الكلمة المحورية في ذهنها هي البيت؛ فالبيت هو المكان الوحيد الذي تكون فيه أولوياتك التي تريدها هي الشيء النافذ، وفي البيت تكون أنت من يقرر كيف ستقضي وقتك، وتختار من يعيش معك، وكيف ستتحكم في ممتلكاتك. هذا ما تفعله لأنك في بيتك، ولا تفعله إذا لم تكن في بيتك. خسارة الحرية التي تحدث حينما تبتعد عن بيتك هي الشيء الذي أرعب الناس من أمثال لو ساندرز وجيسي، والدة كيرين.

جلست كيرين ويلسون وزوجها إلى مائدة العشاء وبدآ يرسمان الخطوط العامة لمعالم نوع جديد من البيوت للمسنين، مكان يحقق ما تشوقت إليه والدتها، ثم حاول الزوجان أن يجدا من يبني مثل ذلك البيت لاختبار مدى

نجاحه. وخاطبا جماعات المتقاعدين والبنائين، فلم يبدِ أحدٌ منهم أي اهتمام. كانت الفكرة تبدو لهؤلاء سخيفة وغير عملية. ولذلك قرر الزوجان أن يبنيا المكان اعتمادا على إمكاناتهما.

غير أن الزوجين كانا أكاديميين، ولم يسبق لأي منهما أن حاول شيئا يشبه هذا من قبل. ولكنهما بدآ يتعلمان خطوة خطوة. عمل الزوجان مع مهندس معماري ليضع الخرائط المفصلة، وذهبا إلى مصرف بعد مصرف ليحصلا على قرض، وحينما فشلت هذه المحاولة وجدا مستثمرا مستقلا يرغب في دعم الفكرة بالإنفاق عليها، ولكنه اشترط عليهما أن يعطياه النصيب الأكبر من ملكية المشروع، وأن يقبلا المسؤولية القانونية شخصيا عن أي فشل. ووقع الزوجان الاتفاق. ثم هددت حكومة ولاية أوريغون بمنع إصدار ترخيص المشروع الذي حُدد بأنه إسكان المسنين، وذلك لأن الخطط التي وضعها الشركاء صرحت بأن من سيعيش في تلك المساكن هم أشخاص ذوو إعاقات. وهكذا صارت كيرين ويلسون تنفق وقتها - على مدى أيام عديدة - في دوائر الحكومة، واحدة تلو الأخرى، حتى استطاعت الحصول على استثناء. لقد نجحت هي وزوجها في تحقيق شيء لا يصدق، وهو أنهما تجاوزا كل العقبات. وهكذا افتتح في العام 1983 مركزهما الجديد (مركز المعيشة المدعومة بالمساعدة)، وهو مركز خاص بالمسنين في بورتلاند، وقد أطلقا عليه اسم «بارك بليس» Park Place.

لقد أصبح «بارك بليس»، بحلول وقت افتتاحه، أكثر بكثير من مشروع أكاديمي رائد، بل أصبح مشروع تطوير عقاريا رئيسيا، يتكون من 112 وحدة، امتلأت كلها تقريبا على الفور. لقد كانت الفكرة ثورية، ولكنها لاقت القبول بمقدار ما كانت ثورية؛ فعلى الرغم من أن بعض النزلاء كانت لديهم إعاقات شديدة، فإنه لم يطلق على أي منهم كلمة «مريض». فالنزلاء هم مجرد مستأجرين، ويعاملون فعلا بوصفهم مستأجرين. ولكل منهم شقته الخاصة، فيها حمام حقيقي ومطبخ حقيقي، ولها باب خارجي يمكن قفله (وهذا جانب لم يكن كثير من الناس يتصورونه). أعطي القاطنون الحق في أن يكون لمن يشاء منهم حيوانه المدلل، وأن يختاروا السجاد والمفروشات كما يرغبون. وكان السكان هم الذين يتحكمون في الحرارة، والطعام، ومن يدخل منزلهم، ومتى تكون الزيارة. فهم يعيشون مثل بقية البشر، كل في

شقته، وهذا ما أكدته كيرين ويلسون مرات ومرات. ولكن لكون هؤلاء طاعنين في السن تستمر مشكلات الإعاقة عندهم في التزايد؛ اتخذت التدابير لينالوا كل أنواع المساعدة، كالتي كان جدي ينالها على الفور من أسرته التي تحيط به. وهناك في المشروع الجديد مساعدات في أمور الحياة الأساسية: الطعام، والعناية الشخصية، والأدوية. هناك ممرضة قيد العمل في أي وقت يحتاج إليها فيه المستأجرون، ويستطيعون أن يضغطوا زرا لديهم لينالوا المساعدة في أي ساعة من الليل أو النهار. وهناك مساعدة يقصد منها تأمين مستوى جيد من الحياة: الحصول على صحبة الآخرين، والمحافظة على علاقاتهم مع العالم الخارجي، واستمرارهم في النشاطات التي يحبونها أكثر من غيرها.

كانت الخدمات التي يوفرها مشروع «المعيشة المدعومة بالمساعدين» مماثلة في أكثر النواحي للخدمات التي توفرها بيوت التمريض، ولكن من يقدمون الخدمات على وعي بأنهم حينما يدخلون الشقق فإنهم يدخلون بيوت أناس، ومثل هذا المفهوم يغير علاقات القوة بشكل جذري؛ فالساكنون في الشقق هم الذين يملكون التحكم في البرنامج، وقواعد المكان، والأخطار التي يريدون أو لا يريدون مواجهتها: فإذا أرادوا البقاء مستيقظين طوال الليل، وأن يناموا طوال النهار يمكنهم ذلك، وإذا أرادوا أن يدفعوا أجرا ليكون معهم مرافق في الليل فلهم ذلك، وهم الذين يختارون كونه رجلا أو امرأة، وإذا أرادوا الامتناع عن أخذ أدوية معينة لأنهم يشعرون بأنها تجعلهم مثل السكارى فلا بأس، وإذا أرادوا أن يأكلوا البيتزا وشوكولا إم آند أمز M&M'S على رغم مشكلات الابتلاع وفقدان الأسنان، وعلى رغم توصية الطبيب بأن يكون طعامهم طعاما ذائبا لزجا، فهذا من حقهم. وإذا كانت أذهانهم قد ضعفت إلى حد أنهم لم يعودوا قادرين على اتخاذ قرارات رشيدة، فإن في إمكان عائلتهم - أو أي شخص يختارونه - أن يفاوضوا على الشروط والأخطار والخيارات المقبولة؛ فالهدف من «المعيشة المدعومة»، كما صارت تسمى فكرة كيرين ويلسون، هو ألا يبقى أحد على الإطلاق يشعر بأنه تحت حكم المؤسسات.

أثار مشروع كيرين ويلسون هجوما فوريا؛ فقد رأى كثير من المخضرمين في حماية المسنين، في هذا المشروع، خطرا حقيقيا: فكيف يمكن لفريق العمل أن يحافظوا على سلامة المسنين وهم وراء أبواب مغلقة؟ وكيف يسمح لأفراد

يعانون إعاقات جسمية ومشكلات في الذاكرة بأن يكون تحت أيديهم قدور الطبخ الكهربائية والسكاكين الحادة والكحول وأمثال ذلك؟ ومن يضمن ألا تسبب الحيوانات المدللة التي يختارونها أخطارا صحية؟ ومن يحافظ على تعقيم السجاد (الموكيت) من روائح البول ومن الجراثيم؟ وكيف يعرف طاقم العمل إذا كانت صحة أحد المستأجرين قد ساءت؟

إنها في الحقيقة أسئلة منطقية، فهل يكون الفرد الذي يرفض العناية بترتيب شكل البيت، ويدخن السجائر، ويأكل السكاكر التي تسبب مشكلات لمرضى السكري مما يتطلب زيارة المستشفى، كما يحدث في مثل هذا المشروع، هل يكون هذا الفرد قد أُعْطِي أقصى درجات الحرية، أم أنه قد جُعِل عرضة للإهمال؟ لم يكن في الإمكان تحديد الخط الفاصل بين الإهمال والحرية، ولم تكن لدى كيرين ويلسون أجوبة بسيطة؛ لقد رضيت بأن تتحمل - هي وطاقم العمل لديها - مسؤولية تطوير طرق تؤمن حماية نزلاء الشقق في مشروعها، ولكن فلسفتها كانت تقتضي أن يحتفظ النزلاء بالتحكم في حياتهم وبالخصوصية التي يتمتع بها الناس الذين يعيشون في بيوتهم، بما في ذلك حق رفض القيود التي تفرض على نزلاء بيوت التمريض لضمان السلامة ولراحة المؤسسات.

بقيت حكومة الولاية تراقب التجربة من كثب، وحينما توسعت المجموعة بفتحها مجمعا جديدا في بورتلاند - وهذا المجمع الجديد يضم 142 وحدة، ولديه إمكان استقبال المسنين من أصحاب الدخل المنخفض، حيث يتلقون المساعدة الحكومية - طلبت الحكومة من كيرين ويلسون وزوجها أن يتابعا صحة المستأجرين لديهما، وقدراتهم الذهنية، وأداء أجسامهم، ورضاهم عن حياتهم. وفعلا أجريت دراسة لكل ذلك، وكشف النقاب عن نتائج الدراسة في العام 1988[3]. أظهرت النتائج أن المقيمين في ذلك المشروع لم يخسروا في الحقيقة من صحتهم مقابل حريتهم، وأن رضاهم عن حياتهم كان أعلى مما كان قبل هذه الإقامة، وأنه يجري - في الوقت نفسه - المحافظة على صحتهم، بل إن وظائف أجسامهم المادية والعقلية تحسنت في الواقع، وأنه انخفضت - في الوقت نفسه - نسبة حدوث الاكتئاب الشديد. أما تكاليف المعيشة في ذلك المشروع، بالنسبة إلى الأفراد الذين يتلقون الدعم الحكومي، فكانت أقل بعشرين في المائة من التكاليف مما لو كانوا في بيوت التمريض. وهكذا أثبت المشروع نجاحا لا غبار عليه.

النقطة المحورية في عمل كيرين ويلسون هي محاولة حل معضلة تبدو بسيطة، وإن كانت في الحقيقة غير بسيطة: ما الذي يجعل الحياة تستحق أن نحافظ عليها حينما نكون مسنين وواهنين وغير قادرين على العناية بأنفسنا؟ كان إبراهام ماسلو قد نشر في العام 1943 تلك الدراسة التي نالت حظا ضخما من التأثير[4]، والتي سماها: «نظرية في الدوافع الإنسانية» A Theory of Human Motivatisn، وفي هذه النظرية وصفٌ صار متداولا بين الناس عن أن حاجات الناس متدرجة في شكل هرمي؛ ففي أسفل الهرم حاجات الإنسان الأساسية - ما لا بد منه للبقاء المادي للإنسان (كالطعام والشراب والهواء)، وما لا بد منه لأمان الإنسان (كالقانون، والنظام، والاستقرار). ثم نجد في المستوى التالي صعودا الحاجة إلى الحب والانتماء إلى مجموعة. ثم في المستوى التالي رغبة الإنسان في النمو: فرصته في الحصول على الأهداف الشخصية، وامتلاك المعرفة والمهارات، وأن يحصل على انتباه الآخرين وعلى المكافأة على إنجازاته. وفي قمة الهرم توجد الرغبة فيما يسميه ماسلو «تحقيق الذات»، أي تحقيق ما يُشعِر الفردَ بقيمته من خلال السعي إلى المثل الأخلاقية والإبداع، أن يحقق هذه الغاية لذاتها.

يرى ماسلو أن الأمان والمحافظة على البقاء سيبقيان الهدف الأساسي والوجودي في حياة المرء، خاصة حينما تبقى خياراتنا وقدراتنا محدودة. فإذا قبلنا نظرية ماسلو، فإن تركيز السياسة والقلق العامين والمتمحورين حول بيوت العناية على صحة المسنين وسلامتهم لا يزيد على كونه إقرارا وتصديقا بتلك الأهداف. فهذه الجهود تقوم على أن تلك الأهداف تبقى أولوية لدى كل إنسان.

غير أن الحقيقة تبقى أعقد من ذلك، فكم يحدث أن يبدو لدى الفرد استعداد لأن يجازف بسلامته، بل وببقائه، من أجل هدف أعلى من وجوده، مثل بذل كل شيء من أجل الأسرة أو الوطن أو العدالة. وهذا الاستعداد يظهر بصرف النظر عن عمر الفرد.

بل يمكن أن نمضي إلى أبعد من هذا، حيث إننا نجد أن دوافعنا في الحياة، بدل أن تبقى ثابتة، فإنها تتغير تغيرا ضخما بمرور الوقت، وبطرق لا تتطابق تماما مع هرم ماسلو المشهور. صحيح أن الناس يسعون في النصف الأول من حياة الرشد إلى النمو وتحقيق الذات، تماما كما بيَّن ماسلو؛ إذ إن التقدم في العمر يجلب معه الانفتاح نحو

الخارج؛ فنحن نسعى مع تقدم العمر إلى تكوين علاقات اجتماعية أوسع، ونبحث عن طرق لوضع بصمتنا في العالم؛ ثم في النصف الآخر من حياة الرشد، تتغير الأولويات تغيرا بشكل لافت للنظر؛ فأكثر الناس في هذه المرحلة المتقدمة يقللون ما ينفقونه من وقت وجهد في الحصول على الإنجازات وشبكة العلاقات الاجتماعية، فيضيِّقون زاوية اهتمامهم. يلاحظ أن الشباب يفضلون، إذا كانت الفرص مواتية، أن يلاقوا أناسا جددا ليقضوا معهم الوقت على قضاء الوقت مع أخ أو أخت مثلا، بينما الذين تقدم بهم العمر يفضلون العكس. تدل الدراسات على أن الناس - في أثناء تقدمهم في العمر - يتفاعلون مع أعداد أقل من الناس[5]، ويركزون أكثر على قضاء الوقت مع الأسرة ومع الأصدقاء القدماء. إنهم يركزون في أعمارهم المتقدمة على «الوجود» أكثر من تركيزهم على «الفعل»، ويركزون على الحاضر أكثر مما يركزون على المستقبل.

إن فهم هذا التحول أساسي في فهم الشيخوخة، وقد ظهرت نظريات عديدة متنوعة في تفسير السبب في حدوث هذا التحول. قال بعض الباحثين: إن هذا التحول يعكس كسب الفرد الحكمة من خلال خبرته الطويلة في الحياة، وقال آخرون: إن هذا التحول هو النتيجة المعرفية لتغير الأنسجة في أدمغة المسنين. وهناك من أكد أن التغير في السلوك يحدث للمسن قسرا، ولا يعكس في الواقع ما يريده المسن في أعماق قلبه. إن نطاق حياة المسنين يضيق لأن القيود التي يفرضها انحدارهم الجسمي والعقلي يمنعهم من السعي إلى تحقيق أهدافهم التي كانوا يسعون إليها في أيام خلت، أو لأن العالم من حولهم يمنعهم من السعي إلى تحقيق تلك الأهداف؛ لا لسبب إلا لأنهم صاروا في سن لا تسمح بذلك. وهم يتأقلمون مع هذا التغيير بدلا من أن يقاتلوه، أو بتعبير أدعى للحزن: إنهم يستسلمون للواقع.

يندر أن تجد من محَّص هذه الحجج في العقود الأخيرة، أو طرح أفكارا أهم وأكثر إبداعا في هذا الخصوص، من لورا كارستنسن Laura Carstensen، عالمة النفس في جامعة ستانفورد؛ ففي واحدة من أكثر دراساتها تأثيرا[6]، تتبعت هي والفريق العامل معها الخبرات الانفعالية لعدد يبلغ نحو مائتي شخص على مدى سنين من حياتهم. واختيرت العينة بحيث يغطي الأفراد تنوعا واسعا في خلفيتهم وأعمارهم (فأعمارهم كانت تتراوح بين 18 و94 عاما، في الوقت الذي بدأت فيه الدراسة عليهم). أُعطي الأفرادُ المشمولون بالدراسة - في وقت بداية التجربة - جهاز

إشعار Beeper يصدر صفيرا حين ترده الإشارة، ويحمل كل فرد من هؤلاء هذا الجهاز لمدة أربع وعشرين ساعة في اليوم، وعلى مدى أسبوع، وتتكرر عملية حمل الجهاز هذه كل خمس سنوات. كانت إشارة صفير تُرسل إلى أجهزتهم خمسا وثلاثين مرة في أوقات عشوائية على مدى ذلك الأسبوع، ويطلب إليهم أن يختاروا من بين قائمة أعطيت إليهم كل الانفعالات التي يشعرون بها في تلك اللحظة بالذات.

فإذا كان هرم ماسلو صحيحا، فإن تضييق نطاق الحياة يخالف أهم مصادر تحقيق الذات لدى الأفراد، بمعنى أن من يضيق نطاق اهتماماته وعلاقاته نتيجة تقدمه في السن يكون أقل سعادة. ولكن ما ظهر من خلال دراسة كارستنسن هو العكس بالضبط. كانت نتيجة البحث غير قابلة للشك؛ فبدلا من أن يصبح الأفراد أقل سعادة كلما تقدم بهم العمر، بينوا أنهم يشعرون بمشاعر أكثر إيجابية كلما شاخوا، فقد قل تعرضهم للقلق والاكتئاب والغضب. لا ريب في أنهم تعرضوا لأوقات صعبة، وواجهوا أحداثا تثير كلا لوني المشاعر، حلوها ومرها، أكثر من أي وقت مضى. ولكن الموقف العام لهذه الفئة أنهم شعروا بأن معيشتهم تمنح الرضا من الناحية الانفعالية، وتعطي استقرارا أكثر بمضي الوقت، هذا على الرغم من أن زاوية الحياة تضيق كما رأينا في سن الشيخوخة.

كما أن نتائج الدراسة المذكورة أثارت سؤالا جديدا، فإذا كان تقدم العمر ينجم عنه التحول إلى إعطاء قيمة أكبر لمسرات الحياة اليومية والعلاقات مع الآخرين أكثر من الاهتمام بالإنجاز، والتملك، والحصول على الأشياء، وإذا كنا في الأعمار المتقدمة نجد هذا أكثر إرضاء للنفس، فلماذا يتأخر هذا التحول حتى الشيخوخة؟ لماذا ننتظر حتى نكون قد طعنا في السن؟ كان الجواب التقليدي عن هذه الأسئلة هو أن هذا الدرس الصعب يأخذ وقتا حتى يستوعبه الفرد؛ فالمعيشة هي نوع من المهارة، وهدوء الشيخوخة وحكمتها لا ينالهما الفرد إلا عبر زمن طويل.

غير أن التفسير الذي نال رضا لورا كارستنسن كان مختلفا عن هذا، تساءلت كارستنسن: ماذا لو أن التغير في الحاجات والرغبات لا علاقة له بتقدم العمر في حد ذاته؟ لنفرض أن التغير الذي يحدث هو في زاوية النظر، أي إحساس المرء، وقد تقدم في السن، بأن مدة بقائنا في هذه الحياة محدودة حقا. تلقت الدوائر العلمية هذه الفكرة على أنها عجيبة وغريبة إلى حد ما. لكن لورا كارستنسن كان

عندها ما دعاها إلى تبني هذه الفكرة، فكرة أن زاوية النظر الشخصية قد تكون بالغة الأهمية؛ وذلك أنها مرت بخبرة شارفت فيها على الموت، وغيرت بشكل جذري نظرتها إلى حياتها بالذات.

كان ذلك في العام 1974، فقد كانت سنها إحدى وعشرين سنة، ولديها طفل رضيع في البيت، وزواجها قد دخل مرحلة إجراءات الطلاق. لم تكن قد حصلت إلا على دراسة المرحلة الثانوية، وحياتها لا توحي لأحد - خاصة لها - بأنها ستسير يوما ما في خط البحث العلمي المرموق. ولكن حدث في إحدى الليالي أنها تركت طفلها الرضيع مع والديها وخرجت مع صديقاتها إلى حفلة تتضمن الذهاب إلى حفل موسيقي لفرقة هوت تونا Hot Tuna. وحينما خرجت الصديقات من الحفل تكدسن في الحافلة الصغيرة من طراز فولكس فاغن، وفي أثناء اندفاع العربة في طريق سريع خارج روتشستر، في ولاية نيويورك، انحرف السائق، وكان مخمورا، بالحافلة الصغيرة فتدحرجت على الساتر الترابي.

كان من نتيجة الحادث أن لورا كارستنسن شارفت على الموت، ولم تنج إلا بأعجوبة. كانت الإصابة في رأسها بالغة، وحدث لها نزف داخلي، وأصيبت العظام بكسور متشظية وعديدة. وهكذا قضت شهورا في المستشفى. قالت لي وهي تصف تلك الأحداث: «كان هذا الوضع المضحك، وأنا مستلقية على ظهري، ورجلي مرفوعة في الهواء ومثبتة بالأربطة، كان هذا ما أعطاني الوقت لأفكر طويلا، طبعا بعد انقضاء الأسابيع الثلاثة الأولى تقريبا، وذلك لأن حالتي في تلك الفترة كانت في مرحلة الخطر، وكنت أغيب عن الوعي فترة وأستيقظ فترة».

> «ثم تحسنت صحتي بما يكفي لأن أدرك كم قاربت من أن أفقد حياتي، وتغيرت جدا نظرتي إلى ما له قيمة في اعتباري. ظهر لي أن ما له قيمة هو الناس الآخرون الذين هم في حياتي. كان عمري واحدا وعشرين عاما، وكانت كل فكرة فكرت فيها من قبل تدور حول نقطة واحدة: ماذا سيكون الشيء التالي الذي أصنعه في حياتي؟ وكيف أصبح ناجحة أو غير ناجحة؟ هل سأجد رفيق القلب الكامل؟ هذه نوعية الأسئلة التي كانت تدور في خلدي من قبل، وأظن أنها الأسئلة التي تدور عادة في ذهن من هن في سن الحادية والعشرين».

«لكن حدث فجأة - في أثناء هذه الإقامة الطويلة في المستشفى - أن شعرت بأن هناك ما استوقفني تماما؛ فحينما فكرت في الشيء الذي يبدو أنه مهم بالنسبة إلي، ظهر أن هناك أشياء أخرى لها قيمة».

لم تلاحظ لورا كم تتوازى نظرتها الجديدة مع المنظور الشائع عادة بين المسنين، ولكن المريضات الأربع الأخريات في الجناح الذي كانت فيه كن كلهن نساء في سن متقدمة - وكلهن رفعن أرجلهن بالأربطة في الهواء بسبب كسور في الورك - وهكذا وجدت لورا كارستنسن نفسها تتواصل مع هؤلاء العجائز.

قالت لي عن تلك الخبرة: «لقد كنت مضطرة إلى التمدد على سريري محاطة بهؤلاء المسنات، وهكذا تعرفت على أحوالهن، وحاولت فهم ما الذي يجري لهن». لاحظت لورا أن العجائز يعاملن معاملة مختلفة جدا عن الطريقة التي تعامل هي بها. «لاحظتُ أن الأطباء والمعالجين يدخلون ويعملون على جسمي طول النهار، وحينما يكون أحدهم في طريق الخروج فهو يلوح بيده بنوع من التحية لسادي، وهي السيدة المجاورة لي في السرير، ويقول: تابعي يا عزيزتي الجهد الطيب». لقد كانت الرسالة التي تحملها مثل هذه العبارة أنه بالنسبة إليها، الشابة لورا، لاتزال حياتها مملوءة بالاحتمالات، بينما لا توجد احتمالات بالنسبة إلى العجائز.

قالت لورا كارستنسن عن ذلك: «هذه هي الخبرة التي دفعتني إلى دراسة الشيخوخة». ولكن لم تدرك وقتها أنها ستسير في هذا الطريق، فكما قالت: «لم أكن وقتها، وفي تلك اللحظة، قد وضعت قدمي في طريق سينتهي بي إلى أن أصبح بروفسورة في جامعة ستانفورد، مهما كانت العقبات». غير أن والدها لاحظ كم وصل بها الضجر وهي مستلقية هناك، واستغل الفرصة في أن يسجلها في برنامج يتوافر في جامعة محلية. كان يحضر كل المحاضرات، ويسجلها على أشرطة كاسيت، ثم يحضر تلك الأشرطة إليها. وهكذا انتهى بها المطاف إلى أنها أخذت أول مادة جامعية وهي في المستشفى، في جناح تجبير العظام للنساء.

قد يتساءل القارئ: وماذا كانت المادة الأولى التي درستها؟ والجواب أنها كانت «مدخل إلى علم النفس». لاحظت لورا - وهي مستلقية هناك في جناح المستشفى - أنها تعيش في واقعها الظواهر نفسها التي كانت تدرسها في تلك المادة. واستطاعت

أن تدرك - من أول لحظة - ما الذي يفهمه المختصون بطريقة صحيحة، وما الذي يفهمونه بطريقة خاطئة.

ومرت خمسة عشر عاما، وحينما أصبحت متخصصة ذات خبرة، استخلصت من خبرتها تلك في المستشفى أنها صاغت فرضيتها العلمية التالية: إن الطريقة التي نسعى بها إلى قضاء أيامنا قد تعتمد على مقدار الوقت الذي نعتقد أننا نملكه. فأنت حينما تكون شابا وفي صحة طيبة، تفترض أنك ستعيش إلى الأبد، ولا تشعر بالقلق بشأن احتمال فقدانك أيا من قدراتك، فأنت تسمع من حولك يقولون: «أنت الذي يقرر أن يستغل الفرص، فهي بين يديك»؛ أو تسمعهم يقولون: «لا شيء يحد من طموحنا إلا السماء»؛ وغير ذلك من العبارات. وأنت راغب في أن تنتظر ثمرات جهودك، فتكون مستعدا - مثلا - لأن تبذل سنين في اكتساب المهارات والموارد اللازمة لتحقيق مستقبل أفضل. وتسعى إلى الانضمام إلى مجالات من المعرفة واكتساب معلومات أوسع وأوسع، وتوسع من دائرة صداقاتك وعلاقاتك، بدلا من أن تقصر وقتك على صحبة والدتك. وحينما تكون لديك عقود من أجل الوصول إلى الآفاق التي تبتغيها، فهذه العقود تبدو كأنها ستستمر إلى الأبد، ولا بد - في هذه الحال - من أنك ترغب في كل تلك العناصر من هرم ماسلو: الإنجازات، والإبداع، والجوانب الأخرى التي تقع تحت دائرة «تحقيق الذات». ولكن حينما تبدأ الآفاق في الانكماش - حينما يبدو المستقبل في نظرك محدودا وغامضا - فإن نقطة اهتمامك تنتقل إلى الزمان والمكان الحاضرين، إلى التمتع بأيامك التي تملكها، وإلى أقرب الناس إليك.

كان الاسم الذي أطلقته لورا كارستنسن على فرضيتها هو هذا الاسم الذي لا يدرك العقل كنهه: «نظرية الانتقائية الاجتماعية - العاطفية» (socioemotional selectivity theory)، وإذا أردنا أن نبسِّط هذه النظرية فسنقول إنها تعني أن منظور الفرد له وزن. أعدت لورا كارستنسن سلسلة من التجارب لاختبار مدى صحة فكرتها[7]؛ ففي إحدى التجارب درست، هي وفريقها، مجموعة من الراشدين الذكور تتراوح أعمارهم بين 23 و66 عاما. كان بعض هؤلاء الرجال في صحة طيبة، ولكن بعضهم كان مصابا بمرض الإيدز (فيروس HIV) المتوقع أن ينتهي بالمصاب إلى الموت. أُعْطِي أفراد التجربة مجموعة من البطاقات عليها وصف أفراد قد يكونون

من معارفهم، ويتنوع القرب العاطفي للأفراد الموصوفين للفرد الخاضع للتجربة ما بين أفراد العائلة ومؤلف كتاب يكون الفرد الخاضع للتجربة قد قرأه، وطُلب من كل منهم أن يصنف البطاقات وفق مدى رغبته في أن يقضي نصف ساعة مع الشخص الموصوف في البطاقة. ظهر عموما من خلال التجربة أنه كلما كان الفرد الخاضع للتجربة أصغر عمرا قلت رغبته في قضاء الوقت مع أشخاص أقرب إليه عاطفيا، وازدادت رغبته في قضاء الوقت مع أشخاص يعتقد أنهم مصدر للمعلومات أو موضوعات صداقات جديدة. ولكن الصورة تختلف بالنسبة إلى المصابين بمرض لا شفاء منه، فقد تبين في هذه الحالة أن الفروق بين الأعمار تختفي؛ فاختيارات الشاب المصاب بالإيدز لمن يثمن قضاء الوقت معه مماثلة لاختيارات المسن.

حاولت لورا كارستنسن أن تدرس ما إذا كانت نظريتها تحتوي على فجوات؛ ففي تجربة أخرى، درست، هي وفريقها، مجموعة من الأفراد ممن هم في صحة طيبة، من أعمار ثمانية أعوام إلى ثلاثة وتسعين عاما. وحينما سئل هؤلاء الأفراد كيف يحبون أن يقضوا نصف ساعة من أوقاتهم، كانت الفروق بين أجوبتهم وفق سن الشخص المسؤول أيضا واضحة في هذه التجربة. ولكن حينما سئل الأفراد أنفسهم أن يتصوروا ببساطة أنهم سينتقلون إلى مكان بعيد، اختفت أيضا الفوارق في الأجوبة بين مختلف الأعمار؛ إذ فضل صغار السن خيارات مماثلة لخيارات كبار السن، ثم سألهم الباحثون أن يتصوروا أنه حدث كشف طبي رائع يضيف للمرء عشرين سنة على عمره، فهنا أيضا لم يظهر اختلاف في الأجوبة باختلاف سن الشخص المسؤول، ولكن هذه المرة فضل كبار السن خيارات مماثلة لخيارات صغار السن.

كما تبين أيضا أن الفروق الثقافية بين الخاضعين للتجربة لم يكن لها أثر في النتائج؛ فقد ظهرت لدى تطبيق التجربة، على مجموعة من هونغ كونغ، النتائج نفسها التي ظهرت حينما طبقت التجربة في أمريكا. فالشيء المؤثر في كل هذه الحالات هو المنظور، الزاوية التي ينظر منها الفرد. مما يستحق الذكر أنه بعد أن أنهى فريق البحث دراسته في هونغ كونغ، وصلت الأخبار بأن السيطرة السياسية على هذا البلد ستنتقل إلى الصين. وكان من نتيجة أخبار هذا الانتقال أن ظهر لدى الناس - في ذلك البلد - قلق هائل بشأن ما سيحصل لهم ولأسرهم تحت الحكم الصيني. وخطر ببال الباحثين وقتها أن هذا الوضع الجديد يمثل فرصة لإعادة تطبيق

التجربة العامة في ذلك البلد. وفعلا وجد الباحثون أن الناس في هونغ كونغ قد ضيقوا من شبكة علاقاتهم الاجتماعية، إلى حد أن الفروق بين أهداف الشباب وكبار السن قد اختفت. وبعد عام من انتقال السلطة في هونغ كونغ إلى الصين، وبعد أن بدأ القلق في الاختفاء، أعاد الفريق الدراسة العامة في ذلك البلد. وهنا وجدت الدراسة أن الفروق بين الأعمار عادت إلى الظهور. وعاد فريق البحث إلى تطبيق الدراسة مرة أخرى في الولايات المتحدة بعد أحداث سبتمبر 2001، وكذلك في أثناء حلول وباء المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة «سارس» (SARS) في هونغ كونغ الذي قضى على حياة 300 شخص في فترة أسابيع من ربيع العام 2003. تبين في الدراسة في كلتا الحالتين أن النتائج ثابتة ومتماشية مع النظرية. ولهذا عبر الباحثون عن دراستهم بالقول: «حينما تبرز على السطح هشاشة الحياة» فإن أهداف الناس ودوافعهم في حياتهم اليومية تتحول بشكل جذري. وهكذا فإن منظور الناس وليس أعمارهم هو العامل الحاسم.

كان تولستوي قد لاحظ ذلك؛ فحينما تدهورت صحة إيفان إيلييتش، وتبين له أن ما بقي له في الدنيا صار محدودا، تلاشى ما كان عنده من طموح وغرور. إنه لم يعد يريد إلا الراحة والصحبة. ولكن لم يكد يوجد أحد يفهم وضعه: لا أسرته فهمت، ولا أصدقاؤه، ولا سلسلة الأطباء المرموقين الذين كانت زوجته تدفع لهم حتى يعاينوه.

لقد انتبه تولستوي للهوة التي تفصل منظور أولئك الذين أُجبروا على أن يتعاملوا مع هشاشة الحياة من منظور غيرهم. لقد نفذ بصر تولستوي إلى الكرب الذي يعانيه من يحمل هذا الإدراك من دون شريك. ولكن ملاحظة تولستوي وصلت إلى شيء آخر أيضا: وهو أنه حتى حينما يؤدي إحساسنا بالموت القادم إلى إعادة ترتيب رغباتنا، فإن هذه الرغبات - بشكلها الجديد - ليست مستحيلة الإرضاء. صحيح أنه لم يدرك حاجات إيفان إيلييتش أي فرد من أفراد أسرته، أو أي من أصدقائه، بيد أن خادمه جيراسيم Gerasim أدركها. لقد لاحظ جيراسيم أن إيفان إيلييتش شديد المعاناة، وخائف، ويعاني الشعور بالوحدة، ولذلك تملكه شعور بالعطف عليه والرثاء له، وهو يدرك أنه سيأتي اليوم الذي سيلقى هو نفسه مصير سيده؛ لهذا ففي الوقت الذي يتجنب الآخرون إيفان إيلييتش، فإن جيراسيم

يتحدث إليه. وحينما يدرك إيفان إيلييتش أن الوضعية الوحيدة التي تريحه من ألمه هي في أن يضع ساقيه الهزيلتين على كتفي جيراسيم، فإن جيراسيم يجلس طوال الليل في المكان الذي يتيح لسيده أن يضع ساقيه على كتفيه ويرتاح. إنه لا يعترض على الدور الذي أنيط به، حتى حينما يضطر إلى أن يرفع إيلييتش إلى وعاء قضاء الحاجة ويعيده من هناك وينظف الوعاء من بعده. إنه يقوم بالعناية اللازمة من دون حسابات مادية ومن دون خداع، ولا يفرض من عنده أي أهداف غير الأهداف التي يبتغيها إيفان إيلييتش. هذا الموقف يُحدث عند إيفان إيلييتش فرقا ضخما في أثناء انحسار حياته، كما يشرح تولستوي في هذه الكلمات:

> لقد قدم جيراسيم ما قدم بشكل بسيط، وعن رغبة، وببساطة، وبطبيعة طيبة لامست قلب إيفان إيلييتش. كان تمتع الآخرين بالصحة والقوة والحيوية يؤذي شعور إيفان إيلييتش، ولكن قوة جيراسيم وحيويته لم تكونا تجرحان مشاعره، بل كانتا تسكنان روحه.

إن هذه المساعدة البسيطة العميقة – التي تعبر عن إدراك الإنسان لحاجة الواهن، الذي يخطو إلى نهايته، إلى الخدمات اليومية، والصحبة، وإنجاز أهدافه المتواضعة – لهي الشيء الذي لايزال المسنون يفتقدونه بشكل عميق بعد أكثر من قرن على ظهور رواية تولستوي. وهي الأمر الذي كانت تحتاج إليه أليس هوبسون فلا تجده، وهو الشيء الذي اكتشفت ابنة لو ساندرز، بعد أربع سنين من الإرهاق الذي استنفد كل طاقتها، أنها لم تعد تستطيع تقديمه من دون مساعدة من الآخرين. ولكن بابتكار فكرة «المعيشة المدعومة» استطاعت كيرين ويلسون أن تؤمن هذه المساعدة الحيوية، بجعلها جزءا من حياة البيت.

انتشرت فكرة كيرين ويلسون بسرعة مذهلة؛ ففي نحو العام 1990، وبناء على نجاحات كيرين ويلسون، أطلقت ولاية أوريغون مبادرة لتشجيع بناء بيوت مماثلة للبيوت التي أنشأتها ويلسون، وعملت ويلسون مع زوجها لإنشاء نماذج مماثلة للبيوت التي أنجزاها من قبل، وساعدا الآخرين في عمل الشيء نفسه. وفعلاً وجدا طلبا واسعا على هذه النماذج. لقد ظهر أن الناس يدفعون مبلغا طيبا، وعن طواعية، لتجنب العيش في بيوت التمريض، ووافقت عدة ولايات على تغطية التكاليف للفقراء المسنين الذين يرغبون في العيش في بيوت المعيشة المدعومة.

بعد ذلك بفترة قصيرة ذهبت كيرين ويلسون إلى وول ستريت لجمع رأسمال يكفي لبناء أمكنة جديدة، وفتحت شركتها التي سميت «أفكار للمعيشة المدعومة» (Assisted Living Concepts) لمساهمة الجمهور. واندفع آخرون في شركات أخرى بأسماء مثل «سن رايز» Sunrise، و«أتريا» Atria، و«ستيرلنغ» Sterling و«كارينغتون» Karrington، وأصبحت المعيشة المدعومة أسرع شكل من أشكال إسكان المسنين في أمريكا. ولم يأتِ العام 2000 إلا وقد وسعت كيرين ويلسون شركتها من شركة تستخدم أقل من مائة شخص إلى شركة تستخدم أكثر من ثلاثة آلاف شخص، وصارت الشركة تشغِّل 184 مجموعة من المساكن في 18 ولاية، وبحلول العام 2010 صار عدد القاطنين في «بيوت المعيشة المدعومة» يقارب عدد الأفراد في بيوت التمريض[8].

ولكن شيئا مؤسفا حدث في أثناء هذا التقدم، فقد أصبحت فكرة المعيشة المدعومة شعبية إلى حدٍّ أن المطورين بدأوا يطلقون الاسم على مشاريعهم بشكل يكاد يكون عشوائيا ولا يصدقه واقع تلك المشاريع. لقد تحولت الفكرة من كونها بديلا جذريا لبيوت التمريض إلى شكل ظاهري وصورة مميعة عن الأصل، لا تقدم كثيرا من الخدمات. ووقفت كيرين ويلسون في الكونغرس، وتحدثت في كل مكان من الولايات المتحدة عن فزعها المتزايد من الطريقة التي تتطور بها الفكرة.

قالت كيرين تصف ما حدث: «إن ما يحدث عموما هو استغلال لهذا الاسم (بيوت المعيشة المدعومة)، فقد رأينا فجأة أن المعيشة المدعومة أعيد تصميمها بحيث لم تعد أكثر من جناح مزخرف من مراكز التمريض، أو يمكن أن نصفها بأنها مساكن لتأجير النزلاء تحتوي على أربعة عشر سريرا، تسعى إلى استقطاب الزبائن ممن ينفقون على سكنهم من جيوبهم». وعلى الرغم من سعي كيرين ويلسون كله لتأكيد فلسفتها الأصلية في إنشاء تلك البيوت، فإنه يندر من بقي يتمسك بالمبدأ حقا كما تمسكت به كيرين.

لقد أصبحت المعيشة المدعومة في واقع الأمر، وفي أغلب الأحيان، مجرد محطة في الطريق بين العيش المستقل والعيش في بيوت التمريض. لقد باتت جزءا من الفكرة التي أصبحت - بحلول أيامنا هذه - فكرة واسعة الانتشار، وهي «الرعاية المستمرة»، وهذه عبارة جميلة وتبدو طيبة ومنطقية، ولكن الذي يحدث خلف

ذلك الاسم هو استمرار الظروف التي يعامل المسنون وفقها كأنهم أطفال في مدارس الروضة. إن القلق بشأن سلامة القاطنين، والخوف من رفع القضايا في المحاكم صارا يحددان أكثر فأكثر ما الذي تشمله شقق المعيشة لكبار السن، وفرضت تلك المراكز أنظمة متزايدة بشأن النشاطات التي يمكن للمسنين أن يشاركوا فيها، وحددت شروطا تتزايد باستمرار في صرامتها حول السماح للمسن بالخروج، والتي سيصار - في حال مخالفتها - إلى نقله إلى بيت التمريض. وهكذا عادت لغة الطب التي تتبنى أولويات السلامة والمحافظة على الحياة، عادت إلى التحكم في تلك البيوت مرة أخرى. وقد بينت كيرين ويلسون (بلهجة غاضبة) أنه حتى الأطفال يعطون مجالا للمخاطرة أكثر مما يعطاه كبار السن، فها هم يسمح لهم باللعب بالأرجوحة والأجهزة الرياضية.

ووفق دراسة عامة تناولت ألفا وخمسمائة مركز للمعيشة المدعومة، ونشرت في العام 2003[(9)]، فإن 11 في المائة فقط منها توفر ما يكفي من الخصوصية، إلى جانب ما يجب من الخدمات للأشخاص الواهنين لديهم حتى يستمروا في السكنى في تلك البيوت، وهكذا فإن فكرة بيوت المعيشة المدعومة، بوصفها بديلا من بيوت التمريض اضمحلت تماما إلى حد أنها كادت تختفي من الوجود، بل يمكننا أن نقول إنه حتى المجالس الإدارية لشركة كيرين ويلسون نفسها - بعد أن لاحظت تلك المجالس كم من شركة اختارت اتجاهات أسهل وأقل كلفة - بدأت تثير الشك بشأن معايير كيرين ويلسون وفلسفتها. فكيرين ترغب في أبنية صغيرة، تقام في المدن الصغيرة التي لا يحظى المسنون فيها بخيارات سوى بيوت التمريض، وتريد ويلسون بناء وحدات مخصصة لكبار السن من ذوي الدخل المنخفض، والذين يحصلون على الدعم من نظام «ميديكيد»Medicaid . ولكن هذه الخيارات لم تكن هي التي تدر الربح الكثير، بل ما يدر الربح الأكثر هو الأبنية الكبيرة في المدن الكبيرة، من دون وجود أشخاص من ذوي الدخل المنخفض ومن دون خدمات متقدمة. كانت كيرين قد ابتكرت فكرة المعيشة المدعومة لمساعدة أناس، مثل أمها جيسي، ليعيشوا حياة أفضل، وقد أثبتت من خلال الممارسة أن هذا الخيار يمكن أن يدر الأرباح، ولكن مجالس الإدارة لديها وأصحاب المال في وول ستريت أرادوا أرباحا أكبر. وتصاعدت المعارك بين كيرين ويلسون وهذه الأطراف، حتى انتهى بها المطاف في العام 2000

إلى أنها استقالت من وظيفتها رئيسا للمجلس التنفيذي وباعت كل أسهمها في الشركة التي كانت هي من أنشأتها.

ها قد مر أكثر من عقد من الزمان منذ حدث هذا، وقد بلغت كيرين ويلسون مرحلة الكهولة، وحينما تحدثت إليها منذ فترة قريبة، لاحظت أن ابتسامتها التي تكشف عن أسنانها المعوجة، وكتفيها الهابطتين، ونظارات القراءة على عينيها، وشعرها الأبيض... كل ذلك يعطيك صورة جدة مغرمة بالقراءة أكثر مما يصور صاحبة مشاريع ثورية أنشأت صناعة عالمية. نعم لقد بقيت كيرين ويلسون محبة لبحوث الشيخوخة، وحينما تتجه المحادثة إلى أسئلة تتصل بالبحوث، فإنها تنفعل ويأخذها الشوق إلى البحث عن الحقائق، ومازالت تتسم بالدقة حينما تتحدث. ولكنها بقيت - حتى الآن - من ذلك النوع من الباحثين الذين تتملكهم مشكلات ضخمة لا يبدو أن في الإمكان الوصول إلى حلول لها. لقد جعلتها الشركة غنية، هي وزوجها، وقد استخدما تلك النقود لإنشاء «مؤسسة جيسي إف ريتشاردسون» Jessie F. Richardson Foundation، تخليدا لاسم أمها، وذلك من أجل الاستمرار في العمل على تحسين العناية بالمسنين.

تمضي ويلسون أوقاتا طويلة في مراتع صباها، في مقاطعات الفحم في ولاية فرجينيا الغربية، حتى تستمتع بذكريات موطن ولادتها في مناطق مثل بون ومينغو وماك دوويل. وتضم ولاية فرجينيا الغربية عددا من أسن وأفقر السكان من أي من الولايات الأمريكية. يحدث هنا كما يحدث في كثير من أنحاء العالم، أن يغادرها الشباب باحثين عن الفرص تاركين المسنين وراءهم. وفي تلك الوديان، حيث كانت نشأتها، لاتزال كيرين ويلسون تبحث كيف يمكن للناس العاديين أن يتقدم بهم العمر من دون أن يشعروا بأن عليهم أن يختاروا بين الإهمال أو خسران حريتهم في المؤسسات. هذه المعضلة لاتزال من أشد الأسئلة التي نواجهها إثارة للقلق.

قالت لي كيرين عن ذلك: «أريدك أن تعلم أنني مازلت أحب المعيشة المدعومة»، ثم أضافت، مؤكدة: «أعشق المعيشة المدعومة». وأوضحت كيرين موقفها بالقول إن طريقة المعيشة المدعومة قد نجحت في خلق شعور وخلق توقع بأنه يمكن وجود شيء أفضل من بيوت التمريض، ولايزال هذا ممكنا. ولكنها تعلم كذلك أنه لا شيء ينطلق إلا ويأخذ شكلا غير الشكل الذي أراده له صاحب الفكرة الأول، فهو ينمو

كالطفل، ولكن ليس كل نمو يكون في الاتجاه الذي نرغب فيه. ولكن كيرين ويلسون لاتزال تجد أماكن حافظت على الشكل الذي أرادته في الأصل: «يسعدني أن أرى المعيشة المدعومة تطبق في الواقع». ولكن الحقيقة أنها لا تطبق في أغلب المناطق.

إن لو ساندرز مثال على حالات عدم تطبيق نظام المعيشة المدعومة. كانت ابنته شيلي تشعر بأنهم محظوظون حينما وجدت مكانا للمعيشة المدعومة بالقرب من بيتها، وأنهم يقبلون إقامته لديهم رغم إمكاناته المادية الضيقة. كان لو ساندرز قد أنفق تقريبا كل مدخراته، والمراكز الأخرى لسكن المسنين تطلب دفعات مقدمة تبلغ مئات الآلاف من الدولارات. يتلقى السكن الذي وجدته شيلي دعما حكوميا، وهذا ما جعل نفقاته ضمن الحدود المحتملة. ولهذا السكن رواق جميل، وهو حديث الدهان، وإضاءة الردهة الرئيسية قوية، ومكتبته تسر النفس، والشقق المخصصة للنزلاء ليست ضيقة. وهكذا فقد بدا السكن مغريا واحترافيا. أحبت شيلي المكان من أول زيارة، ولكن لو قاوم الانتقال؛ فحينما جال ببصره في أثناء جولتهم الاستكشافية لم يجد شخصا واحدا من دون عكازة متعددة الأرجل.

قال لابنته: «سأكون الشخص الوحيد في ذلك المكان الذي يمشي بشكل طبيعي، فهذا المكان لا يناسبني».

وهكذا عاد لو وابنته إلى البيت.

ولكن لم يمضِ وقت طويل - بعد ذلك - حتى تعرض للسقوط مرة أخرى؛ كانت سقطته شديدة، وقد حدثت في موقف للسيارات، واصطدم رأسه بالأسفلت صدمة مؤذية أفقدته الوعي، ولم يستعد وعيه إلا بعد مرور وقت طويل نسبيا، وأُدخل المستشفى للمراقبة. كان من نتيجة هذه الحادثة أن لو ساندرز اقتنع بأن الأمور لم تعد كما كانت، وهكذا سمح لشيلي بأن تضعه على قائمة الانتظار للانتقال إلى ذلك المركز للمعيشة المدعومة. وفعلا جاء دوره قبل ميلاده الثاني والتسعين مباشرة، أخبروه وقتها بأنه إذا لم يفد من فرصة الدخول، فسوف ينقل إلى أسفل القائمة. وهكذا اضطر إلى القبول.

لم يغضب لو ساندرز من ابنته إثر انتقاله إلى ذلك السكن، ولكن لَو أنه غضب لكان أهون مما لاحظت شيلي، وهو أن والدها - وإن لم يظهر عليه الغضب - كان مكتئبا، فماذا يمكن لابنته أن تفعل حتى تزيل الاكتئاب؟

شعرت شيلي بأن جزءا من المشكلة يعود إلى مجرد مواجهة تغيير الظروف؛ ففي مثل هذا العمر لا ينجح لو في التعامل مع أحوال مختلفة. ولكن شيلي شعرت بأن هناك شيئا آخر يسبب له الاكتئاب، لقد بدا على والدها أنه ضائع. إنه لا يعرف ولو شخصا واحدا في السكن، بل إنه لم يكد يوجد أي رجال من بين النزلاء. ينظر لو ساندرز حوله ويقول لنفسه: ماذا يفعل رجل مثلي وهو محجوز في مكان مثل هذا، حيث لا يرى الإنسان في ورشات العمل إلا أعمال الخرز، وتزيين قطع الكب كيك حيث تقضي النزيلات فيها ساعات ما بعد الظهر، ومكتبة ليس فيها من شيء له قيمة، بل هي مملوءة بروايات دانييل ستيل؟ أين أسرته، أو صديقه بائع الحليب، أو الكلبة بيجين التي أحبها وأحبته؟ لقد شعر لو ساندرز بأنه لا يربطه شيء بهذا المكان. سألت شيلي مسؤولة النشاطات عما إذا كان في الإمكان إلى أن تصمم بعض النشاطات التي تناسب الذكور أكثر، مثل إطلاق ناد للكتاب، ولكن آه! من قال إن مثل هذا التغيير قد يساعد في حل المشكلة؟!

كان الشيء الذي أزعج شيلي أكثر من أي شيء آخر أن طاقم العاملين كان لا يظهر عليهم أي اهتمام بالتساؤل بشأن ما الذي يهتم به لو في حياته، وما الذي اضطر إلى أن يجازف به عندما انتقل إلى هذا السكن. بل إنهم لم يبدُ عليهم حتى إدراك جهلهم في هذا الخصوص. صحيح أنهم كانوا يطلقون على موقعهم «المعيشة المدعومة»، ولكن لم يظهر أن أحدا منهم يلاحظ أن من واجبهم أن يساعدوا لو ساندرز في معيشته؛ وأن يبحثوا كيف يحافظون على العلاقات والمسرات التي تأخذ المكان الأول في اعتباره. لم تظهر عليهم القسوة، بل كان مبعث موقفهم هو عدم الإدراك، ولكن لو كان تولستوي يراقب هذا لقال: وما الفرق في نهاية المطاف بين أن يكون الموقف نابعا من القسوة أو عن عدم الإدراك؟

وبحث لو وشيلي عن حل وسط. قالت إنها ستحضره إلى البيت كل يوم أحد ليبقى معهم إلى يوم الثلاثاء. لقد وجد لو في هذا الحل ما يجعله يتطلع إلى شيء ما كل أسبوع، وساعدها هذا أيضا في الشعور بأنها عملت شيئا لسعادة والدها. مثل هذا الترتيب سيعطيه على الأقل يومين في الأسبوع من الحياة التي استمتع بها.

سألتُ كيرين ويلسون ما الذي جعل المعيشة المدعومة تفشل في كثير من الحالات في تحقيق ما يأمله من يأتون إليها؟ وفكرت كيرين في أسباب عديدة، أحد

هذه الأسباب أن مساعدة الناس في المعيشة شيء «أصعب في التطبيق مما هو في الوصف والحديث»، كما أنه من الصعب أن تجعل من يقومون بالرعاية يفكرون في الأشياء التي تتضمنها المعيشة في شكلها الصحيح. وأعطت كيرين مثالا على ذلك، وهو مساعدة الشخص على أن يرتدي ثيابه؛ فالشيء المثالي هو أن تترك الناس يفعلون ما يستطيعون فعله من دون مساعدة، وأنت بهذا تحافظ على قدراتهم، وعلى شعورهم بالاستقلال. ثم أضافت: «ولكن إلباس الشخص ملابسه أسهل من تركه يلبسها هو، فهذا يوفر الوقت، وهو أقل إثارة للشعور». فإذا لم نجعل من المحافظة على قدرات الناس أولوية، فإن طاقم العمل سينتهي بهم المطاف إلى أن يلبسوا الأفراد لديهم كما تُلبس الطفلة دميتها. وهكذا تتدرج الأمور خطوة خطوة، وتكون النتيجة أن إنهاء الواجبات يصبح أكبر أهمية من قيمة الإنسان.

ومما يزيد تعقيد الأمور أنه ليست لدينا معايير نقيس عليها نجاح مكان ما في مساعدة الناس على المعيشة، بينما لدينا في المقابل تقديرات دقيقة جدا لنجاح مركز ما في المحافظة على الصحة والسلامة. وبهذا يمكنك أن تخمن ما الذي يستقطب اهتمام أولئك الذين يديرون مراكز العناية بالمسنين: إنهم يهتمون بأسئلة مثل: هل فقد والدكم شيئا من وزنه، هل أهمل شيئا من أدويته، وهل تعرض للسقوط، بدل التساؤل عما إذا كان يشعر بالعزلة.

ومما هو أكثر أهمية، ويسبب القلق كما قالت كيرين ويلسون، أن المعيشة المدعومة في شكلها المطبق لا تهيأ حقا من أجل المسنين أنفسهم، وإنما تهيأ من أجل أولادهم؛ فالأبناء والبنات هم الذين يتخذون في العادة القرار بشأن المكان الذي سيعيش فيه المسن، ويمكنك أن ترى هذا في الطريقة التي تسوق بها تلك المراكز لنفسها؛ فالذين يسوقون تلك المراكز يبرزون ما يسمى «المرئيات»: المدخل الجميل مثلا، كأنه مدخل فندق فخم، وهو ما اجتذب نظر شيلي. وهم يتباهون بمختبر الكمبيوتر، ومركز التدريب الرياضي، ورحلاتهم إلى حفلات الموسيقى والمتاحف؛ أي بالجوانب التي تحدث لدى الأبناء والبنات، ممن هم في سن الرشد، أثرا أكبر بكثير مما لدى المسن نفسه. وأهم شيء يسوقون به لأنفسهم هو ذكر أن مراكزهم تمثل أماكن آمنة. يكاد لا يحدث أن تسوق هذه الأماكن لأنفسها على أنها تضع خيارات الفرد بشأن الكيفية التي يرغب في أن يعيش بها في المقام الأول؛ هذا لأن

ما يدفع بالأبناء أو البنات إلى أن يحضروا آباءهم أو أمهاتهم لبدء البحث عن مكان يضعونهم فيه هو بالذات هذه المشاكسة والعناد عند المسن. ومن هذه الناحية لم يبقَ للمعيشة المدعومة ميزة عن بيوت التمريض.

أضافت كيرين ويلسون أن زميلا قال لها مرة: «إن ما نريده لأنفسنا هو أن يكون زمام حياتنا في أيدينا، وما نريده لمن نحب هو الأمان». وهذه هي المشكلة والمفارقة الرئيسيتان اللتان يواجههما هؤلاء الواهنون. قالت كيرين: «إن كثيرا من الأشياء التي نريدها لمن نعتني بهم هي أشياء نرفضها بكل إصرار لأنفسنا، وذلك لأنها تسيء إلى إحساسنا بذواتنا».

وتضع كيرين ويلسون بعض اللوم على المسنين أنفسهم، فكما قالت: «إن الكبار هم من ناحية مسؤولون عما يحدث بخصوصهم، لأنهم يضيعون حقهم في اتخاذ القرار، ويتركون ذلك لأبنائهم وبناتهم. يعود بعض هذا إلى ما نفترضه بشأن سن الإنسان وضعفه، ويعود بعض آخر إلى الرابط بين كبار السن وأطفالهم. إنهم يقولون بلسان الحال: «حسنا، أنتم الآن أصحاب القرار».

ثم أضافت كيرين: غير أنه يندر من بين أبناء المرء وبناته من يفكر: «هل هذا هو المكان الذي تريده أمي أو ترغب فيه أو تحتاج إليه؟»، إنهم في الواقع ينظرون إلى المركز من خلال رؤيتهم هم؛ فابن العجوز أو ابنته يسألان: «هل هذا المكان الذي يريحني أنا أن أترك والدتي فيه؟».

بعد أقل من عام من وضع لو ساندرز في مسكن المعيشة المدعومة اتضح أنه غير كاف بالنسبة إليه. في بداية الأمر تأقلم مع الوضع في المسكن بقدر ما يستطيع. اكتشف شخصا يهوديا سواه في ذلك المكان، وهو شخص يسمى جورج، وبدأت الصداقة بينهما. صارا يلعبان الكريبدج، وفي كل يوم سبت يذهبان إلى الكنيس، وهذا نظام حاول لو أن يتهرب منه كل حياته. واهتمت بعض السيدات بلو اهتماما خاصا، لكنه كان يتجنب هذا التقارب، ولكن ليس دائما. أقام حفلة صغيرة في شقته في إحدى الأمسيات، وهي حفلة انضمت إليها سيدتان من المعجبات به، وفتح لضيوفه زجاجة براندي كانت قد قُدمت إليه.

وأضافت شيلي، تصف تلك الليلة: «ثم أغمي على والدي، واصطدم رأسه بالأرض في أثناء سقوطه، وانتهى به المطاف في غرفة الطوارئ». كان لو يضحك

على أحداث تلك الليلة بعد أن أنهى العلاج. وتتذكر شيلي تعليقه حين قال: «انظري إلى هذا الوضع المضحك: أدعو النساء إلى حفلتي، وأشرب قليلا، وإذا بي أفقد وعيي».

غير أن لو استطاع أن يتحمل الوضع؛ استطاع أن يمضي ثلاثة أيام من كل أسبوع في بيت شيلي، ونتفا من الحياة التي نجح لو في تجميعها خلال بقية الأسبوع، هذا على الرغم من قلة المبالاة في عمل مجمع السكن المدعوم الذي هو فيه. لا شك في أن ترتيب هذا الوضع قد استغرق شهورا حتى تم، ولكن لو بنى - وهو في سن الثانية والتسعين - حياته اليومية مرة أخرى شيئا فشيئا بشكل يستطيع تحمله.

غير أن جسمه لم يكن متجاوبا مع خططه؛ فقد ساءت حالة ارتفاع الضغط الوضعي (postural hypertension) لديه، وازدادت المرات التي يفقد فيها الوعي من دون أن يكون هذا مرتبطا بالبراندي دائما؛ فقد يحدث ذلك له ليلا أو نهارا، أو بينما هو يمشي أو يغادر سريره. واحتاج إلى ركوب سيارة الإسعاف مرات كثيرة، وإلى زيارة الطبيب أحيانا كثيرة لعمل أشعة إكس. ثم وصلت الأمور إلى حد أنه لم يعد يستطيع أن يسير مسافة الرواق الطويل، أو ما بين المصعد وغرفة الطعام لتناول وجباته. كان لايزال يصر على رفض استخدام العكازة متعددة الأرجل. والسبب في رفضه يعود إلى اعتزازه بنفسه، واضطرت شيلي إلى ملء ثلاجة والدها بأنواع من الطعام يمكنه أن يسخنه بالميكروويف.

ها قد عادت شيلي إلى القلق بشأن والدها، فهو لا يأكل كما يجب، وذاكرته تزداد ضعفا، رغم زيارات المساعد الصحي والفحص المسائي النظامي، وهو الآن يقضي أكثر وقته وحيدا في غرفته. وشعرت شيلي بأنه لا يتلقى ما يجب من الإشراف المتناسب مع مقدار الوهن الذي وصل إليه. لا بد لها من نقله إلى مكان ما يتلقى فيه العناية على مدار الساعة.

زارت شيلي بيتا للتمريض قريبا من بيتها. وقالت عن ذلك المكان: «كان في الحقيقة واحدا من أفضل المراكز، وكان نظيفا». لكنه بيت للتمريض، ولذلك فكما قالت شيلي: «ترى النزلاء هناك على كراسيهم ذات العجلات، أجسامهم مرخاة ومطوية، وهم في أرتال على طول الممرات. كان المنظر مرعبا». إنه ذلك النوع من المكان - كما قالت - الذي يخشاه أبوها أكثر من أي شيء. وأضافت: «لم يكن يريد أن

تقتصر حياته على المكوث في السرير، وأمامه مجموعة أدراج، وتلفاز صغير، ونصف غرفة بحيث تفصله الستائر عن نزيل النصف الآخر».

ولكنها، كما قالت، كانت تفكر - وهي خارجة من ذلك المكان: «لا بد لي من عمل ذلك». صحيح أن نقله شيء كريه، ولكنها كانت مضطرة إلى نقله إلى ذلك المكان.

وسألتها عند ذلك: لماذا؟

وكان جوابها: «كان الأمان بالنسبة إليَّ فوق كل اعتبار، ولا شيء يأتي قبل الأمان. لم يكن أمامي من خيار إلا أن أفكر في الأمان لوالدي». لقد كانت كيرين ويلسون على حق بشأن طريقة تطور الأمور، فها هي شيلي قد شعرت، بدافع من الحب والولاء، بأنها لا تملك خيارا إلا أن تضع والدها في المكان نفسه الذي يخشاه.

وألححتُ في سؤالي: لماذا؟ ألم يكن قد تأقلم مع المكان الذي كان فيه؟ ألم يلملم أطراف الأمور وينجح في تركيب حياة يمكنه أن يعيشها: وجد صديقا، ووجد نظاما لحياته، ووجد أشياء لايزال يحب أن يعملها؟! صحيح أنه لم يعد آمنا بالقدر الذي يمكن تأمينه في بيت التمريض، وهو يخشى من سقطة ضخمة، يقع فيها ولا يدركه أحد إلا بعد فوات الأوان. ولكنه كان أكثر سعادة في حياته في المعيشة المدعومة. ولو أُعطي الخيار، فإنه سيختار المكان الذي يعطيه سعادة أكبر. ولذلك كنت ألحُّ في سؤالي: لماذا اختارت شيلي شيئا آخر؟

لم تجد شيلي جوابا مناسبا. لم تكن تستطيع أن تنظر إلى الأمر بغير الطريقة التي أخبرتني عنها. إن والدها كان في حاجة إلى من يتابع شؤونه، فهو لم يعد آمنا بغير المتابعة الدائمة. فهل كان عليها حقا أن تدعه في مكانه السابق؟

هذا إذن ما ينكشف لنا بشأن طريقة معاملة الأبناء والبنات للعجوز الواهن؛ فمادام الناس لا يجدون ما كان جدي يجده ويعتمد عليه - عائلة ضخمة ممتدة، وتحت يده دائما بعض أفرادها ليلبوا اختياراته هو - فإن المسنين لدينا لا يبقى لهم إلا حياة مقيدة بتحكم الآخرين، في مؤسسات خاضعة للإشراف، وهو الحل الطبي المصمم للاستجابة لمشكلات لا يمكن التغلب عليها، ويكون الحل هو منح حياة آمنة، ولكنها خالية من أي شيء يستحق المرء أن يعتني به.

5

حياة أفضل

«حينما يُدرِك الفرد أن حياته توشك على الانتهاء... فإن كل ما يطلبه هو أن يُسمح له قدرَ الإمكان بأن يبقى هو الذي يصوغ قصة حياته في هذا العالم»

عمد بيل توماس Bill Thomas، وهو طبيب شاب، إلى إجراء تجربة في العام 1991، في بلدة صغيرة تسمى نيو برلين New Berlin، تقع في شمالي ولاية نيويورك. لم يكن في الحقيقة يعلم تماما ماذا يفعل، فهو في الحادية والثلاثين من عمره، لم يمضِ على إنهائه فترة الطبيب المقيم في طب الأسرة إلا أقل من سنتين، وقد تسلم من فوره وظيفة مشرف طبي على مسكن تمريض يسمى تشيس ميموريال Chase Memorial Nursing Home، وهو مركز يضم ثمانين نزيلا مسنا يعانون إعاقات شديدة. كان نحو نصفهم يعانون إعاقات بدنية؛ وأربعة من كل خمسة منهم مصابون بمرض ألزهايمر، أو بشكل آخر من أنواع الإعاقة العقلية.

كان توماس قد عمل حتى ذلك التاريخ طبيب طوارئ، وكان وقتها يتعامل مع حالات محددة قابلة للشفاء، وهذه الخبرة تكاد تكون الطرف النقيض للخبرة في سكن التمريض. ففي غرفة الطوارئ يتلقى حالات مثل رجل مكسورة، أو إخراج عنبة الأحراج التي علقت في أعلى الأنف. فإذا وجد أن مشكلة المريض هي أعقد من ذلك – مثل أن تكون الرجل المكسورة ناتجة عن العُته (الخرف) – فإن عمله يتطلب منه أن يغفل الحالة أو أن يرسل الفرد إلى مكان آخر يمكنهم التعامل مع مشكلاته، مثل إرساله إلى سكن التمريض. ثم قَبِل العَتَه في هذه الوظيفة الجديدة على أن يكون المشرف الطبي، لأنه يرغب في عمل يختلف عن مهنته السابقة.

لم يكن العاملون في مركز تشيس يرون أي عيوب كبيرة في عمل مركزهم، ولكن توماس كان يرى بعيون الآتي الجديد اليأسَ في كل غرفة، وشعر بأن سكن التمريض يثير فيه الكآبة، وأراد أن يصلح الأمور.

حاول في البداية إصلاح المكان بالطريقة التي يعرفها أكثر من غيرها بحكم عمله طبيبا. فحينما لاحظ أن النزلاء يفتقرون إلى الحيوية والطاقة، ذهب ظنه إلى أنهم يعانون حالةً لا ينتبه لها أحد، أو تشكيلةً غير مناسبة من الأدوية. وهكذا بدأ يعمل على إجراء فحوص جسمية للنزلاء، ويطلب إجراء تصوير بالمسح الضوئي وفحوص مخبرية للأمور التي شعر بضرورتها. ولكن لم يحصل عقب عدة أسابيع من الاستقصاء والتعديلات إلا على رفع قيمة الفواتير الطبية ودفع العاملين في التمريض إلى حافة الجنون. ثم كلمه المشرف على التمريض وطلب منه التوقف عن هذا.

قال لي توماس فيما بعد: «لقد اختلطت عليّ العناية والمعالجة».

غير أن توماس لم يترك البحث. كانت فكرته التالية أنه خمّن أن يكون الجانب الذي ينقص سكن التمريض هو الحياة نفسها، وقرر إجراء تجربة تتضمن خلق بعض الحياة في المسكن. كانت فكرته مجنونة وساذجة بمقدار ما كانت ذكية. وقد حقق توماس نوعا من المعجزة حين نجح في حمل النزلاء وبيت التمريض على أن يمضوا معه في إجراء التجربة.

ولكن حتى نفهم فكرة توماس – كيف خطرت في باله، وكيف استطاع إطلاقها وتشغيلها – لا بد من أن نعرف بعض التفاصيل عن بيل توماس. علينا أن نعرف أولا أنه كان في طفولته يفوز في كل منافسة تحصل في صفه المدرسي في مجال

البيع. كانت المدرسة ترسل الأطفال ليبيعوا الشموع أو المجلات أو الشوكولا من بيت إلى بيت، وذلك باسم الكشافة أو الفريق الرياضي، وفي كل منافسة من هذا النوع كان توماس يعود إلى بيته وهو يحمل جائزة أكثر الأطفال بيعا. كما فاز توماس في انتخابات رئاسة اتحاد الطلبة في المدرسة الثانوية، واختير قائدا لفريق العدّائين. أثبت توماس في حياته أنه يستطيع أن يبيع ويسوّق أي شيء تقريبا، ومن ذلك تسويقه لنفسه.

في الوقت نفسه كان وضع توماس مُريعا بوصفه طالبا، فدرجاته بائسة، وكثيرا ما دخل في نزاع مع أساتذته حول إهماله المتكرر لعمل الواجب المطلوب منه. لا يعني هذا أنه لم يكن قادرا على العمل، فقد كان قارئا نهما، ولا يشبع من نقد نفسه، وهو طالب من ذلك النوع الذي يعلّم نفسه علم المثلثات حتى يبني قاربا (وفعلا صنع ذلك). إن إهماله يعود إلى أنه لم يكن يبالي بإنجاز ما يطلبه المدرسون من عمل، ولا يتردد في أن يخبرهم بذلك. في عالم الطب النفسي الحديث يُشخَّص مثل هذا الإنسان على أنه مصاب باضطراب «التحدي الاعتراضي» (Oppositional Defiant Disorder). في السبعينيات كانت المدارس ترى في توماس مصدرا للصعوبات والمتاعب لا غير. فهذان الوجهان للشخص نفسه – البائع والفتى المتعب المشاغب – بدا أنهما يعبران عن شخصية واحدة في نهاية المطاف. سألت توماس ما الطريقة المميزة التي كان يستخدمها في صغره في البيع، وقال إنه لم يكن يملك أي طريقة. كل ما تميز به كما قال هو: «أنني كنت مستعدا لأن أواجه الرفض». فهذه الميزة مكّنته من أن يصرّ على ما يريد حتى يحصل عليه، وحتى يتخلص مما لا يريده.

غير أن توماس مرت عليه فترة طويلة وهو لا يدري ماذا يريد. كان قد نشأ في مقاطعة مجاورة للمدينة الصغيرة نيو برلين، في وادٍ خارج بلدة نيكولز Nichols. كان والده عامل مصنع، وكانت والدته منسقة للمكالمات الهاتفية، ولم يحصل أي منهما على الدراسة الجامعية، ولم يتوقع أحد أن يستطيع بيل توماس أن يصل إلى المرحلة الجامعية. فحينما اقترب من إنهاء الدراسة الثانوية، كان يبدو متوجها إلى الدخول في برنامج لتدريب أفراد الاتحاد. ولكنه بدأ يفكر في خيار آخر من خلال محادثة مع أخٍ لأحد أصدقائه كان في إجازة من الدراسة الجامعية، فقد أخبره هذا الشاب عن الحياة المتحررة في الجامعة والوقت الجميل الذي يقضيه في أجوائها.

وهكذا انضم بيل توماس إلى كلية حكومية قريبة من بيتهم، وهي كلية سيوني كورتلاند Suny Cortland. وحدث وقتها ما ألهب حماسه، ولعل ذلك كان توقُّع معلمٍ في المدرسة الثانوية بأن بيل سيعود إلى البلدة قبل عيد الميلاد ليعمل في محطة الوقودً. ومهما كان السبب، فقد كان نجاحه فوق كل ما توقعه من يعرفه، فقد كان يلتهم المنهاج الدراسي التهاما، ولا يقبل لنفسه معدلا أقل من 4 نقاط، مما جعله مرة أخرى رئيس اتحاد الطلاب. وانتهى به المطاف إلى أن كان أول طالب من كلية كورتلاند يُقبل في كلية الطب لجامعة هارفارد.

أحب بيل توماس هارفارد. يتصوّر المرء أن يذهب إليها هذا الشاب مُظهِرا نقمة ابن الطبقة العاملة الذي يخرج إلى ذلك المجتمع ليثبت أنه مختلف أشد الاختلاف عما يجده هناك من العجرفة... مختلف عن مجتمع رابطة اللبلاب Ivy League للجامعات المرموقة وأصحاب حسابات الأوصياء.

لكن موقفه لم يكن كما يتوقع الناس. لقد وجد في ذلك المكان مصدرا للإلهام، وأحب وجوده بين أفراد شغوفين بالعلم، والطب، ويجذبهم كل شيء.

قال لي عن تلك التجربة: «من الأوقات الممتعة بالنسبة إليَّ في كلية الطب التي كان يذهب فيها مجموعة منا كل ليلة لتناول العشاء في كافيتريا مستشفى بيث إيزابيل. كنا نقضي هناك ساعتين ونصف الساعة من مناقشة الحالات التي تمر بنا... كان الحوار مركّزا وعظيما».

كما أحبَّ بيل توماس ذلك المكان لأن الناس هناك يعتقدون أن بإمكانه أن يحقق أمورا كبرى. كان بعض من يحاضر هناك من حملة جائزة نوبل، وكانوا يأتون حتى صباح السبت، لأنهم يعتقدون أنه وبقية الطلاب هناك يطمحون إلى أشياء عظيمة.

لكنه لم يشعر قط بالرغبة في أن يجتذب دعم أحد. كان بعض أعضاء هيئة التدريس يحاولون أن يشغلوه معهم في برامج التدريب التابعة لهم في مستشفيات ذات صيت عالٍ، أو أن يعمل معهم في مختبرات الأبحاث، ولكنه اختار بدلا من ذلك أن يكون طبيبا مقيما في اختصاص طب العائلة في روتشستر، بولاية نيويورك. لم يكن هذا ما يفكر فيه المنتسبون إلى هارفارد في طموحهم إلى التميز.

كان هدف بيل توماس من أول يوم إلى آخر يوم هو العودة إلى موطنه في شمالي ولاية نيويورك. وقال لي عن ذلك: «أنا من النوع الذي يفضل أن يكون محليا». وفعلا

كانت السنوات الأربع التي قضاها في هارفارد هي الوقت الوحيد على الإطلاق الذي قضاه خارج شمالي ولاية نيويورك. وحتى في الإجازات كان يركب الدراجة الهوائية من بوسطن إلى نيكولز، ويعود بالطريقة نفسها، فهو يقطع مسافة 530 كلم في الذهاب والمسافة نفسها في العودة. كان من دواعي سروره أن تكفيه إمكاناتُه الاعتمادَ على غيره؛ فقد كان ينصب خيمته في بستان أو حقل عشوائي في طريقه، ويتناول الطعام في أي مكان يجده. وبالطريقة نفسها اجتذبه طب العائلة، فهو في هذا الاختصاص يشعر بالاستقلالية، ويستطيع أن يعمل من دون الرجوع إلى أحد.

استطاع بيل توماس في مرحلة ما من خدمته بوصفه طبيبا مقيما أن يشتري أرضا زراعية بقرب بلدة نيو برلين، وقد غطى قيمتها جزئيا بما اكتسبه من وظيفته، والأرض التي اشتراها هي أرض كان يمر إلى جوارها وهو على دراجته الهوائية ويحلم بامتلاكها يوما ما. وفي الوقت الذي أنهى فيه فترة التدريب، كانت العناية بأرضه قد أصبحت حبه الأول. بدأ عمله الطبي في عيادة محلية، ولكنه لم يلبث أن اختار التركيز على طب الطوارئ، لأن ساعات العمل في هذا المجال واضحة ومحددة، فهو يكون مناوبا في دوره المحدد، مما يسمح له بأن يكرس بقية وقته لمزرعته. كان ملتزما بفكرة البيت المتكامل، أي أن يحيا حياة لا يحتاج فيها إلى أحد. لقد بنى بيته بيده، بالتعاون مع الأصدقاء، وكان يزرع أكثر ما يحتاج إليه من طعام، وكان يستخدم طاقة الرياح والطاقة الشمسية لتوليد الكهرباء، وهكذا فقد استغنى تماما عن شركات الخدمات، بل كانت حياته فقط الطقس والفصل. واستطاع في نهاية المطاف بالتعاون مع جود، وهي ممرضة اتخذها زوجة، أن يوسعا المزرعة حتى أصبحت مساحتها أكثر من أربعمائة فدان. وامتلكا قطعانا من الماشية، وأفراس الجر، والدجاج، ومبنى تخزين النبات، ومنشرة، ومصنعا للسكر، بالإضافة إلى أطفالهما الخمسة.

قال لي توماس عن حياته تلك: «لقد شعرت بأن المعيشة التي كنت أعيشها تحمل معنى الحياة أكثر من أي حياة أخرى يمكنني أن أتصورها».

في تلك الفترة من حياته كان يصدق عليه أنه مزارع أكثر مما يصدق عليه أنه طبيب. كان له في تلك الفترة لحية مثل لحية بول بونيان Paul Bunyan، وكان يسره لبس ملابس العمل تحت معطفه الأبيض أكثر مما يسره أن يلبس ربطة العنق.

ولكن ساعات العمل في غرفة الطوارئ كانت تستنزف طاقته. وكانت الخطوة التالية كما شرح لي: «لقد شعرت بأنني لم أعد أحتمل تلك الليالي الكثيرة من العمل»، ولذلك قبل عرضا للعمل في بيت التمريض، فهذا عمل نهاري، وساعات العمل محددة. فهل يمكن أن يكون العمل في هذا المكان صعبا؟

شعر بيل توماس منذ أول يوم في عمله الجديد بالتباين الصارخ بين المعيشة المفعمة بالحياة والحركة في المزرعة التي تشبه الدوامة وبين الواقع المؤسسي الجامد والمحدود في بيت التمريض، حيث لا يجد توماس شيئا من معاني الحياة كلما ذهب إلى ذلك المكان. لقد أحس بالضيق والانزعاج مما كان يراه في بيت التمريض، وكانت الممرضات يقلن إنه سيعتاد تلك الحياة، ولكنه لم يستطع أن يتقبل ذلك الواقع، بل إنه لم يكن يريد أن يتماشى مع تلك الظروف. وستمر عليه سنوات قبل أن يدرك في عقله الواعي ما السبب في ضيقه، ولكنه ظل يشعر على طول الخط بأن الظروف في بيت التمريض «تشيس ميموريال» تصادم تمام المصادمة المثل الأعلى في الاكتفاء الذاتي.

يعتقد توماس أن الحياة الطيبة هي حياة تتوافر فيها أقصى درجة من الاستقلالية، وهذا بالضبط هو ما قد حُرم منه الأفراد في ذلك السكن. شعر توماس بأن عليه أن يتعرف على النزلاء في بيت التمريض الذي يعمل فيه. لقد كان بعضهم قبل أن يأتوا إلى هذا المكان مدرسين، وبعضهم أصحاب محلات، وبعضهم ربات بيوت، وبعضهم عمال مصانع، وهذه التشكيلة نفسها التي تعوَّدها في أثناء نشأته. كان متأكدا من أنه يمكن عمل شيء أفضل لهؤلاء الناس. ومع أنه لا يكاد يوجد لديه من معرفة هذا الحقل إلا ما تسوقه إليه غريزته وحدسه، قرر أن يبث نوعا من الحياة في بيت التمريض بالطريقة نفسها التي يتعامل فيها مع بيته هو: ببعث الحياة في معيشتهم بشكل فعلي. وكان ما فكر فيه هو: ماذا سيحدث لو أدخل إلى حياة هؤلاء النزلاء بعض النباتات والحيوانات والأطفال؟

لذلك ذهب بيل توماس إلى إدارة سكن تشيس، واقترح عليهم أن يمولوا فكرته بأن يقدموا طلبا إلى حكومة نيويورك للحصول على منحة صغيرة متاحة أصلا للتحسينات. وأحب روجر هالبرت Roger Halbert - وهو الإداري الذي وظف توماس أصلا - الفكرةَ من حيث المبدأ، وكان مما يسعده أن يجرب شيئا جديدا. لقد

اهتم هالبرت على مدى عشرين عاما من عمله في سكن تشيس بأن يحافظ على سمعة ممتازة لهذا المكان، وقد ظل سكن تشيس يوسع باستمرار تشكيلة النشاطات المتوافرة للنزلاء. وقد بدت فكرة توماس الجديدة متماشية مع تحسيناتهم القديمة. وعلى هذا فقد جلس الفريق المسؤول عن بيت التمريض في جلسة مشتركة لكتابة طلب للحصول على تمويل لهذا التحسين. ولكن ظهر أن ما في ذهن توماس كان أوسع مما استطاع ذهن هالبرت أن يصل إليه.

بسط توماس ما يفكر به من وراء هذا المقترح. فقد كان هدفه، كما قال، أن يهاجم المصائب الكبرى الثلاث التي يتصف بها وجود بيوت التمريض: الملل، والشعور بالعزلة، والعجز عن عمل شيء. وهم يحتاجون إلى بث بعض الحياة في السكن حتى يتغلبوا على المصائب الثلاث. يمكن أن يضعوا نباتات حية في كل غرفة، ويمكن أن يحرثوا المرج ويجعلوا منه حديقة للخضار والأزهار، ويمكن أن يُحضروا بعض الحيوانات.

بدت اقتراحاته مقبولة حتى هذه النقطة. قد يكون الحيوان سببا للصعاب أحيانا بسبب المخاطر على الصحة والسلامة، ولكن أنظمة بيوت التمريض في نيويورك كانت تسمح بقط واحد أو كلب واحد. أخبر هالبرت توماس بأنهم جربوا في الماضي وجود كلب ثلاث مرات أو أربعا ولكن التجربة لم تنجح. فشخصية الحيوانات غير مناسبة، والعناية الكافية بها لم تكن بالأمر الهين. ولكن لا بأس كما قال هالبرت بتجربة جديدة.

عندها قال توماس: «لنجرب إحضار كلبين».

واعترض هالبرت بأن النظام لا يسمح بكلبين. وأجاب توماس: «لنضع الاقتراح فقط في طلبنا». وساد الصمت لحظة، فحتى هذه الخطوة الصغيرة كانت فيها معارضة ليست للقيم التي تسير بموجبها منازل التمريض فقط، بل للغاية التي تعتقد هذه البيوت أنها وجدت من أجلها: صحة الكبار وسلامتهم. لم يكن سهلا على هالبرت أن يجعل عقله يهضم الفكرة. وحينما تحدثت إليه منذ فترة غير بعيدة، كان لايزال يستحضر المشهد بكل وضوح. وهو يعرضه كما يلي:

> كانت مديرة التمريض، لوي غريسنغ، جالسة في الغرفة، وكذلك قائد النشاطات، والأخصائي الاجتماعي... ولايزال ذهني يتذكر تماما

أشكال ثلاثتهم جالسين معا، ينظر بعضهم إلى بعض، في أعينهم مشاعر الاستنكار، وهم يقولون: «هل حقا يقول إن علينا أن نضع هذا في الطلب؟».

يقول هالبرت: «حسنا، سأضع هذا في الطلب»، ويقول بعد ذلك معلقا: «بدأت أفكر أنني لا أوافقه فعلا إلى هذه الدرجة، ولكن لِمَ لا، سأضع كلبين في الطلب».

ويضيف هالبرت: ثم قال توماس: «وماذا عن القطط؟».

فقلت له: «وماذا عن القطط؟ ألم نضع كلبين في الطلب؟».

لكنه أجاب: «بعض الناس لا يحبون الكلاب، بل يحبون القطط».

فقلت: «لا بأس، سأضع قطة في الطلب».

لكنه قال: «لا، لا، لا، لدينا طابقان، فلماذا لا تطلب قطتين لكل طابق؟».

فقلت: «هل تقترح أن نطلب من وزارة الصحة الموافقة على كلبين وأربع قطط؟».

قال: «نعم، افعلها، ضع كلبين وأربع قطط».

قلت: «حسنا، سأضع كل هذا، وإن كنت أعتقد أننا تجاوزنا الحدود هنا، وأنها لن تمر في الوزارة».

ثم أضاف توماس: «أحب أن أضيف شيئا آخر. ماذا عن الطيور؟».

وقلت هنا إن النظام يقرر بوضوح أنه: «لا يسمح بالطيور في بيوت التمريض».

لكنه كرر القول: «وماذا عن الطيور؟».

فقلت: «حسنا، ماذا عن الطيور؟».

قال: «تصور ما يلي: انظر عبر تلك النافذة. تصور أننا في يناير أو فبراير، والثلج يغمر الأرض في الخارج بعمق ثلاث أقدام، ماذا تسمع من أصوات في بيت التمريض؟»

قلت: «حسنا، إنك تسمع بعض النزلاء وهم يئنون، ولعلك تسمع بعض الضحك، وتسمع صوت التلفاز من جهات أخرى، بل لعلك تسمع

صوته أعلى من اللازم قليلا. وسوف تسمع إعلانا من «نظام الإعلانات العامة» (PA announcement system).

وكرر توماس سؤاله: «وماذا تسمع من أصوات أخرى؟».

فقلت: «حسنا، لعلك تسمع فريق العمل يحدث بعضهم بعضا، ويتحدثون إلى النزلاء».

وقال: «نعم، نعم، ولكن ماذا تسمع من أصوات تنم عن الحياة... أصوات الحياة الحقيقية؟».

فقلت: «لا شك في أنك تفكر في تغريد الطيور».

وقال نعم إنه يفكر في ذلك.

فقلت: «وكم طيرا تعتقد أنك تحتاج إليها حتى يكون لدينا جو من تغريد الطيور؟».

فقال: «لنطلب مائة».

فصحت عندها: «مائة طائر؟ وفي هذا المكان؟ لا شك في أنك فقدت عقلك! هل عشتَ في أي بيت فيه كلبان وأربع قطط ومائة طائر؟».

فقال: «لا، ولكن ألا تستحق الفكرة التجريب؟».

هذا يكشف لك الفرق الحاسم بيني وبين الدكتور توماس. أما بالنسبة إلى الثلاثة الآخرين، فقد كادت عيونهم تخرج من أحداقها من شدة التعجب، وأخذوا يقولون: «يا إلهي، أحقا علينا فعل هذا؟».

قلت لتوماس: «يا دكتور توماس، أنا أحب هذا، أحب أن أفكر خارج الصندوق. ولكن ليس إلى الحد الذي يجعلنا نبدو كحديقة حيوانات، أو تكون رائحة المكان كرائحة حديقة الحيوانات. لا أعتقد أنني أتصور فعل هذا».

كان رده: «هل ستصبر عليّ على الأقل؟».

فقلت: «عليك أن تثبت لي أن لما تطلبه فائدةً».

وهذا بالضبط هو ما كان ينتظره بيل توماس حتى يندفع في مناقشته، وهو أن هالبرت لم يرفض الفكرة. فقد أضنى توماس هالبرت وبقيةَ الفريق تماما على طول عدة جلسات تالية بالدفاع عن فكرته. وذكّر الفريق بالمصائب الثلاث لبيوت

التمريض؛ بأن الناس حينما يموتون في تلك الأماكن فإنما يموتون من الملل والعزلة والعجز عن عمل شيء، وبأن علينا إيجاد الحلول لهذه المشكلات. أليس من واجبهم عمل أي شيء لتحقيق ذلك؟

وهكذا قدموا الطلب. وكان هالبرت يتصور أنه ليس لديهم أي فرصة في الحصول على موافقة الوزارة. ولكن توماس أخذ فريقا إلى عاصمة الولاية ليمارس الضغط على الموظفين شخصيا. وهكذا كسبوا المنحة المالية، وفازوا بإغضاء الطرف عن كل ما يخالف النظام، بحيث فُتح لهم الباب ليتابعوا الموضوع حتى يصبح نافذا.

يقول هالبرت متذكرا هذه المرحلة: «حينما وصلنا الخبر أنهم حصلوا على الموافقات اللازمة، قلت لنفسي: «يا إلهي! هذا يعني أن علينا أن نقوم فعلا بكل ذلك».

أما واجب تحويل الفكرة إلى واقع فقد وقع على عاتق لوي غريسنغ، مديرة التمريض. ولوي غريسنغ في الستينيات من عمرها، وقد عملت في بيوت التمريض مدة سنين. راقت لها جدا فرصة أن تجرب طريقة جديدة لتحسين حياة المسنين، بل إنها أخبرتني بأنها بدت لها «تجربة عظيمة»، وقررت أن واجبها يقتضي أن تتحرك بين الطرفين، بين تفاؤل توماس الذي يبدو أحيانا غافلا عن الواقع، ومخاوف وجمود فريق العمل. ولم تكن مهمة غريسنغ صغيرة، فكل مكان له ثقافة مستقرة حول الطريقة التي يجب أن تسير بها الأمور.

وتحليل توماس لهذا هو كما أخبرني: «الثقافة هي المجموع الكلي للعادات والتوقعات المشتركة لمجتمع ما». وفي نظر توماس أن العادات والتوقعات سببت أن يُعطى كل من روتين تلك المؤسسات وأمان النزلاء أولويةً أعلى من عيشهم حياة طيبة، ومنعت بيت التمريض من أن يحضروا ولو كلبا واحدا ليعيش مع النزلاء. بينما ما يريده توماس هو إحضار عدد كافٍ من الحيوانات والنباتات والأطفال ليكونوا جزءا عاديا من حياة كل بيت تمريض. لا مفر من أن يسبب مثل هذا الإجراء قلقلة للنظام الروتيني الراسخ لطاقم العمل، ولكن ألم تكن هذه القلقلة جزءا من الهدف؟

قال توماس عن ذلك: «الثقافة تحدث مقدارا ضخما من الجمود، ولا تكون ثقافةً إلا بهذا الثبات، فلا ثقافة من دون استمرارية. ولكن كثيرا ما تخنق الثقافةُ التجديدَ في مهده».

قرر توماس في سعيه إلى مقاومة الجمود أن يواجه هو ومن يوافقه كل ما يعارض التجديد، «وأن تكون ضرباتهم قوية»، على حد تعبيره. بل سمى محاولته هذه «الانفجار الكبير» (Big Bang)؛ فهو لا يسعى إلى إحضار كلب أو قطة ثم يراقب هو والآخرون كيف سيكون رد الفعل لدى الجميع، بل إلى إحضار كل ما يريدون من حيوانات دفعة واحدة تقريبا.

في ذلك الخريف أُدخل إلى بيت التمريض كلب سلوقي (greyhound) اسمه تارغت، وكلب للأحضان يسمى جنجر، وأربع قطط، والطيور المقترحة. وكذلك تخلص السكن من كل النباتات الاصطناعية ووضعوا نباتات حية في كل غرفة. كذلك صار أعضاء فريق العمل يحضرون أطفالهم إلى السكن بعد المدرسة ليقضوا بعض الوقت؛ كما أن أصدقاء النزلاء وأسرهم زرعوا وهيأوا حديقة خلف السكن، وأعدوا ساحة للعب الأطفال. كان هذا العلاج أشبه بالعلاج بالصدمة.

لنعطِ مثالا على حجم الموضوع: طلب السكن مائة طائر من نوع البرَكيت (Parakeets) لتصل في اليوم نفسه. هل فكروا كيف يمكن إدخال مائة بركيت إلى بيت التمريض؟ لا، لم يفكروا في ذلك. فحينما وصلت سيارة النقل وفيها الطيور لم تكن الأقفاص قد وصلت. ولذلك فقد أطلق سائق الشاحنة الطيور في صالون التجميل في الطابق الأرضي، وأغلق الباب، ثم مضى. ووصلت الأقفاص في وقت لاحق من اليوم نفسه، ولكنها كانت في صناديق مسطحة؛ أي لم تُجمَع.

قال لي توماس عن ذلك: «ما حصل في ذلك اليوم أشبه بالفوضى المطلقة»، وهو لايزال يبتسم كلما تذكر تلك الأحداث، وهذه طبيعة توماس. وبدأ توماس، وزوجته جود، وغريسنغ، وعدد من العاملين الآخرين يعملون مدة ساعات في تجميع الأقفاص، ثم في مطاردة طيور البركيت وريشها يتطاير في أنحاء الصالون كأنه غيمة، ثم في إيصال الأقفاص إلى كل غرف السكن. وفي أثناء كل تلك العملية، كان المسنون قد تجمعوا خارج الصالون يتفرجون من خلال النوافذ على الأحداث في الداخل.

ووصف توماس هذا بقوله: «ضحكوا حتى كادت جنوبهم تتفتق من الضحك».

حينما يفكر توماس الآن في هذه الأحداث فإنه يتعجب كم بدا فريق العمل أغرارا وهم يخطُون هذه الخطوات. «لم نكن نعلم وقتها ماذا نفعل، حقا لم نكن نعلم ماذا نفعل»، وهذا ما يجعل الذكرى جميلة. لقد كانوا أغرارا بأشد ما تعني

كلمة أغرار من معنى، ولكنْ نتيجة لذلك فإن كل من حضروا صاروا يتصرفون بعيدا عن الحذر وحساب النتائج، وانخرط الجميع في هذا العمل بلا قيود، بمن في ذلك النزلاء. فكل من لديه أي قدرة صار يساعد في فرش الأقفاص بالجرائد، وفي تهيئة المكان للكلبين والقطط، ونادوا الأطفال لمساعدتهم. كانت فوضى عارمة، ولكنها الفوضى في أجمل أشكالها، أو لعلنا نستعير تعبير غريسنغ المؤدب حين قالت: «كانت البيئة في هياج».

واجهتهم كل أنواع المشكلات التي كان يجب حلها على الفور: كيف يطعمون الحيوانات مثلا، ومن أجل حل هذه المشكلة قرروا تنظيم جولات يومية لإطعام الحيوانات. وحصلت جود على عربة قديمة كانت مخصصة للأدوية في مستشفى للأمراض النفسية كان قد أوقف عن الخدمة، فحوَّلوا هذه العربة لخدمة الطيور، بل سموها «عربة الطيور»». تُعبأ عربة الطيور بحبوب الطيور، ومختارات مما يحبه الكلاب من غذاء، وطعام القطط، ثم يدفع أحد أفراد طاقم العمل العربة إلى كل غرفة لتغيير أرضية القفص، ولإطعام الحيوانات. وقال توماس إنه يشعر بمتعة العمل الانقلابي في استخدام عربة طبية كانت تحمل أطنانا من دواء ثورازين (Thorazine)(*) وجعلها تحمل طعام الكلاب من نوع ميلك بونز.

وحدثت كل أنواع الأزمات في تلك التجربة، وكل واحدة من هذه الأزمات كان يمكن أن تنهي التجربة. ففي إحدى الليالي حدث في الساعة الثالثة صباحا أن تلقى توماس مكالمة من إحدى الممرضات، ولم يكن هذا مستغربا، فقد كان المدير الطبي. ولكن الممرضة لم تكن تريد التحدث إليه. فقد كانت تريد زوجته جود. وهكذا أوصلها بجود، وقالت الممرضة: «لقد تبرز الكلب على الأرض، فهل تأتين لتنظيف ذلك؟». ففي نظر الممرضة أن هذه المهمة أدنى من قيمتها بكثير، فهي لم تدرس في كلية التمريض لينتهي الأمر بها إلى تنظيف أوساخ الكلب.

رفضت جود، وكانت النتيجة كما قال توماس أنه «حدثت تعقيدات نتيجة لذلك». فقد وجد في صباح اليوم التالي حينما وصل إلى عمله أن الممرضة قد وضعت كرسيا فوق البراز، حتى لا يدوس عليه أحد، وتركت المكان.

(*) دواء يُصرف لعلاج الاضطرابات النفسية كالاكتئاب؛ وهنا تكمن المفارقة التي قصدها توماس. [المحرر].

شعر بعض أفراد طاقم السكن بأنه يجب توظيف بعض العاملين للعناية بالحيوانات، فمهنتهم هم لا تشمل العناية بالحيوانات، كما أنهم لا يتقاضون علاوة على ذلك. بل الحقيقة أنهم لم يحصلوا على أي زيادة تذكر في الرواتب منذ سنتين أو ثلاث، وذلك بسبب تخفيض حكومة الولاية التعويضات التي تدفعها لبيوت التمريض. فكيف رضيت حكومة الولاية نفسها بإنفاق المال على مجموعة من النباتات والحيوانات؟ بينما كان آخرون يعتقدون أن الحيوانات التي صارت لديهم هي مسؤولية كل من بالدار، شأنها شأن حيوانات البيوت. فحينما يكون لديك حيوانات، فلا مفر من أن تسبب بعض المتاعب، وعلى كل من يكون جزءا من المؤسسة أن يسهم في عمل ما يجب عمله، سواء أكان مدير بيت التمريض أم مساعد ممرض. كانت المعركة في الحقيقة معركة حول نظرتين مختلفتين بشكل جذري إلى هذا العالم: هل هذا المكان مؤسسة أم بيت؟

حاولت غريسنغ أن تشجع المفهوم الثاني، عملت جهدها لترسخ مفهوم حياة البيت في ذلك المكان، حاولت أن تساعد فريق العمل على أن يوازنوا بين مسؤولياتهم. ثم بدأ الموجودون في بيت تشيس للتمريض يقبلون أن ملء هذا المكان بالحياة كان مهمة كل واحد منهم، ولم يفعلوا هذا بسبب أي حجج عقلية أو بسبب أي حلول وسط، ولكن بسبب أن أثر هذه الخطوات في النزلاء لم يلبث أن أصبح شيئا يستحيل أن يغيب عن ملاحظة أحد: لقد بدأ النزلاء يصحُون من خمولهم، بدأت علائم الحياة تظهر عليهم.

يقول توماس عن هذا: «فالأفراد الذين كنا نعتقد أنهم غير قادرين على الكلام بدأوا يتكلمون؛ وبدأ الأفراد الذين كانوا ملازمين للفراش تماما ومنعزلين عن المجتمع يأتون إلى محطة الممرضات ويقولون: «سآخذ الكلب في جولة مشي». وكل طيور البركيت تبناها النزلاء وأطلقوا عليها أسماء. لقد عاد البريق مرة أخرى إلى عيون النزلاء. وحدثني توماس عن كتاب أصدروه عن تجربتهم، وفي ذلك الكتاب وضعوا اقتباسات من مفكرات فريق العمل[1]، وفيها يصف هؤلاء العاملون كم أصبحت الحيوانات جزءا لا يمكن أن يجدوا له بديلا في حياة النزلاء، بمن فيهم أولئك الذين يعانون مرحلة متقدمة من الخرف. يمكن مثلا أن نقتبس بعض المفكرات:

- غوس يستمتع فعلا بوجود الطيور، ويصغي إلى تغريدها، ويسأل عما إذا كان يُسمَح له بسقيها بعضا من قهوته.

- إن النزلاء يجعلون عملي أسهل في الحقيقة، فكثير منهم يعطونني تقريرا يوميا عن طيورهم (فيقولون مثلا: «إنه يغني بلا انقطاع طوال اليوم»، أو «إنه لا يأكل»، أو «إنه يبدو أكثر مرحا»).

- إحدى النزيلات، ولنسمِّها «إم سي»، رافقتني اليوم في جولتي بين الطيور. هي في العادة تجلس بجانب باب غرفة التخزين، وتنظر إليَّ في ذهابي وإيابي، ولذلك سألتها اليوم إذا كانت تحب أن ترافقني، فوافقت بحماسة شديدة، وهكذا تحركنا معا. كانت تمسك لي وعاء الطعام وأنا أعبئه وأغير الماء، وحينما رششت الطيور برذاذ الماء أخذت تضحك وتضحك.

يمكن أن نقول إن نزلاء منزل تمريض تشيس ميموريال صاروا يشملون الآن مائة طائر بركيت، وأربعة كلاب وقطتين، بالإضافة إلى مستعمرة أرانب وسرب من الدجاج البياض. أضف إلى هذا مئات من النباتات الداخلية وحديقة عامرة بالخضراوات والأزهار. وصار البيت يوفر لطاقم العمل خدمة رعاية أطفالهم في موقع العمل، وبرنامجا آخر لفترة ما بعد المدرسة.

تناول الباحثون آثار هذا البرنامج على مدى عامين، مقارنين وضع النزلاء في تشيس مع نزلاء أحد بيوت التمريض الأخرى في المنطقة، وفقا لعدد من المعايير. ووجد الباحثون أن عدد ما احتاج إليه نزلاء تشيس من وصفات الأدوية لكل نزيل قد هبط إلى النصف مما احتاج إليه النزلاء في السكن الآخر، وأن انخفاض الحاجة إلى الأدوية النفسية ظهر بشكل خاص في الأدوية الخاصة بالتهيج، مثل هالدول Haldol. وهبطت التكلفة العامة للأدوية إلى 38 في المائة عن المركز الآخر، كما هبطت الوفيات بنسبة 15 في المائة.

لم تستطع الدراسة أن تحدد الأسباب، ولكن توماس يعتقد أنه يعرف السبب. «أعتقد أن الفرق في نسبة الوفيات يعود إلى حاجة البشر الأساسية إلى سبب يعيشون من أجله». وقد ظهر من خلال بحوث أخرى ما يؤيد قراءة توماس[2]. ففي أوائل السبعينيات من القرن العشرين، أجرت جوديث روبين Judith Robin وإيلين

لانغر Ellen Langer، وهما عالمتا نفس، تجربة طلبتا فيها من بيت تمريض في كونيتيكت أن يعطوا كل واحد من النزلاء في سكنهم نباتات، ثم كلف نصف النزلاء بمهمة سقاية النباتات التي لديهم، كما استمعت المجموعة نفسها لمحاضرة عن فوائد تحمل المسؤوليات في تحسين حياتهم. أما النصف الآخر فقد سُقِيت النباتات نيابة عنهم، واستمعوا لمحاضرة حول مسؤولية طاقم العمل عن حسن حياة النزلاء. وبعد عام ونصف العام ظهر أن المجموعة التي كانت تتلقى التشجيع على تحمل مسؤولية أكبر – حتى لأمر صغير مثل العناية بالنباتات – أكثر فعالية وأكثر نباهة، وبدا أنهم يعيشون حياة أطول.

أما توماس فقد قص في كتابه قصة رجل أطلق عليه اسم «مستر إل» Mr. L. كان هذا الشخص، قبل أن يدخل للعيش في بيت التمريض بثلاثة شهور، قد توفيت زوجته التي عاش معها أكثر من ستين سنة. وقد فقد الرغبة في الطعام، وصار أبناؤه وبناته يساعدونه في حاجاته اليومية أكثر فأكثر. ثم في أثناء القيادة وقعت سيارته في حفرة، وافترضت الشرطة أن هناك احتمالا في أن تكون وراء هذا الحادث محاولة للانتحار. وبعد خروج مستر إل من المستشفى، وضعته العائلة في بيت التمريض تشيس.

يقول توماس حول ما يذكره عن ذلك الرجل: «لقد تعجبت كيف تسنى أصلا لذلك الرجل أن يكون حيا، فقد بعثرت أحداث الشهور الثلاثة الماضية عالمه: فقد زوجته وبيته وحريته، وقد يكون أسوأ من ذلك كله أنه فقد إحساسه بأن حياته التي لايزال يحياها لها أي معنى. لقد اختفت من وجوده متعة الحياة».

وعلى رغم ما كان يُعطاه بعد دخوله بيت التمريض من أدوية مضادة للاكتئاب، وعلى رغم الجهود المبذولة لرفع معنوياته، فقد كان يهبط بسرعة نحو النهاية. لقد توقف عن المشي، وقصر حياته على السرير، وكان يرفض الطعام. ولكن حدث تقريبا في هذه الفترة أن بدأ تطبيق البرنامج الجديد، وعرض على مستر إل أن يكون له زوج من طيور البركيت.

قال توماس عن هذه التجربة: «وافق مستر إل، ولكن بلهجة من اللامبالاة، كما هو متوقَّع من شخص يرى نفسه يسير نحو النهاية بسرعة». ولكن بدأ يظهر التغير على مستر إل. قال توماس عن ذلك: «كانت التغيرات طفيفة في البداية، فقد

بدأ يعدل وضعه في السرير بحيث يستطيع أن يراقب نشاطات الطائرين اللذين صار مسؤولا عنهما». ثم بدأ ينصح من يأتيه من فريق العمل بالأشياء التي يحبها الطائران، كما يطلعهم على حالتهما. لقد استطاع الطائران أن يشداه خارج عالمه اليائس. وكانت حالة هذا الرجل بالنسبة إلى توماس هي التوضيح المثالي لنظريته عما يصنعه العالم الحي في حياة الناس. فالعالم الحي يخلص الفرد من الملل، وتحل محله التلقائية في السلوك. فبدلا من الشعور بالعزلة، تعطي الأشياء الحية الشعور بالصحبة، وبدلا من الشعور بالعجز عن عمل شيء، تعطي الأشياءُ الحية فرصةَ العناية بكائن حي آخر. وأضاف توماس عن مستر إل: «لقد بدأ يأكل من جديد، وبدأ يلبس ملابسه بنفسه، ويخرج من غرفته، وبما أن الكلاب تحتاج إلى تمشية بعد ظهيرة كل يوم، فقد أعلن مستر إل أنه هو الذي سيقوم بهذه المهمة». وفي غضون ثلاثة أشهر، صار يزور بيته بصورة متكررة. ويعتقد توماس أن البرنامج أنقذ حياته.

غير أننا لن نجادل هنا فيما إذا كان البرنامج قد أنقذ حياة مستر إل أو لا، فهذا لا يهم موضوعنا، فأهم نقطة توصلت إليها تجربة توماس ليس أن امتلاك سبب للحياة سيخفف نسبة الموت بين المسنين العاجزين، بل أهم نتيجة لتجربته هي أنه بالإمكان تزويد هؤلاء بسبب يعيشون من أجله، وهذا كل شيء. فحتى النزلاء الذين يعانون الخرف الشديد، إلى درجة أنهم فقدوا القدرة على إدراك كثير مما يحدث حولهم، استطاعوا من خلال ذلك البرنامج العيش في حياة أغنى بالمعاني والسعادة والرضا. وقياس مقدار شعور الناس بقيمة تمتعهم بالحياة أصعب كثيرا من قياس كم هبطت كمية الأدوية التي يعتمدون عليها، أو قياس مقدار الزيادة في أعمارهم على القدر الذي يعيشونه من دون تلك التجربة. ولكن هل في الدنيا شيء أهمّ من هذا الشعور؟

في العام 1908 كتب فيلسوف من هارفارد يسمّى جوزيا رويس Josiah Royce كتابا بعنوان «فلسفة الولاء» The Philosophy of Loyalty[3]، ولم يكن اهتمام رويس ينصبّ على معاناة الناس في شيخوختهم، بل كان منصبّا على معضلة أساسيّة لدى كل إنسان يتأمل مسألة كونه فانيا. أراد رويس أن يفهم لماذا يبدو مجرد الوجود - أو مجرد العيش في بيت يحصل المرء فيه على الأمان والغذاء والحياة – فارغا لبني البشر ولا معنى له. فماذا يحتاج إليه أحدنا غير ذلك حتى يشعر بأن الحياة تستحق أن نحياها؟

الجواب وفق ما يعتقده رويس أننا كلنا نسعى إلى سبب للحياة خارج أنفسنا، فهذه الحاجة هي عند رويس حاجة أصلية فطرية لدى الإنسان. يمكن لهذا السبب أن يكون ضخما (العائلة، الوطن، المبدأ) أو صغيرا (مشروع بناء، العناية بحيوان مدلل). فالشيء المهم هو أننا نعطي حياتنا معنى من خلال إعطاء القيمة لهذا السبب والنظر إليه على أنه يستحق التضحية من أجله.

سمّى رويس هذا التكريس والتضحية لغاية خارج أنفسنا: الولاء، واعتبر ذلك الطرف المقابل للفردية. فالشخص الفردي يضع مصلحته الفردية أولا، فيرى ألمه وسروره ووجوده أكثر ما يستحق أن يعطيه الاهتمام. يستغرب الفردي أن يظهر لدى أحدٍ الولاء لأسباب لا علاقة لها بالمصلحة الشخصية. وحينما يقود مثل هذا الولاء الفرد إلى التضحية بنفسه، فإنه يكون قد وصل إلى مرحلة خطرة؛ فهذه التضحية في نظر الفردي نزوع غير عقلاني وخاطئ، يجعل الناس فريسة لاستغلال المستبدين. لا شيء عند هؤلاء له أهمية أكثر من المصلحة الشخصية، وبما أن الفرد يتلاشى حينما يموت، فإن التضحية بالنفس لا يبدو لها معنى.

لا يبدي رويس تعاطفا مع هذه النظرة لدى الفردي، ولذلك كتب عنه: «إنه الجانب الأناني الذي ظل دائما معنا. ولكنّ الحقّ المقدّس في أن يكون الفرد أنانيّا لم يحدث قط من قبل أن دافع عنه أصحابه ببراعة مثلما يفعلون اليوم». بل إنه أكّد أن الكائن البشري يحتاج إلى أن يكون عنده ولاء. لا يعني هذا أنه من المؤكد أن يجلب الولاء السعادة، بل إنه قد يكون مؤلما، ولكن كلا منا يحتاج إلى أن يكون متفانيا في شيء ما أهم عنده من نفسه حتى تصبح حياة الواحد منا مقبولة. فإذا لم نملك هذا فإنه لا يكون لدينا إلا رغباتنا لتقودنا، والرغبات سريعة التقلب والتحول، ولا حدّ لإشباعها. وهي لا تقود في نهاية المطاف إلاّ إلى العذاب. «فأنا، مثلي مثل غيري، نقطة تجمّع لروافد لا حصر لها من الميول التي كانت عند الأجداد، والواحد منا هو في حقيقته مجموعة من الحوافز، التي تظهر لحظة بعد لحظة». ويضيف رويس: «بما أننا لا نرى هذا الواقع الداخلي، فلنحاول فهم الواقع المنظور».

ونحن بالفعل نستطيع فهم الواقع المنظور. فلنتأمل حقيقة أننا نهتم اهتماما شديدا بما سيحصل للعالم بعد موتنا، فلو كان اهتمامنا بذواتنا هو المصدر الرئيس لمعنى الحياة، فعندئذ لن يبالي أحدنا بمن كان يعرفهم في حياته لو أنهم أُبيدوا من

فوق وجه الأرض بعد ساعة واحدة من وفاته. ولكن معظمنا في الواقع يبالي أشد المبالاة بمصير من يعرفهم من البشر؛ فنحن نشعر بأن حدثا مثل هذه الإبادة سيجرد حياتنا الماضية من أي معنى.

فالطريقة الوحيدة لئلا يكون الموت خاليا من المعنى هي أن ترى نفسك جزءا من واقع أكبر منك: من العائلة، من المجتمع الصغير، من المجتمع الكبير. فإذا لم يتحقق هذا فإن الموت يصبح مصدرا للرعب، بينما إذا كان لديك هذا فإن الموت لا يكون كذلك. فالولاء كما يقول رويس: «يحلّ المفارقة في وجودنا العادي حينما يرينا في خارج ذواتنا سببا يمكن أن يعيش أحدنا لخدمته، ويكشف لنا ما في داخل ذواتنا من إرادة تجعلنا نسعد بتقديم تلك الخدمة، ويكتشف المرء أن تقديم مثل هذه الخدمة لا ينقص من تلك الإرادة بل يثريها ويعبّر عنها». وبعد رويس بفترة، نرى علماء النفس المحدثين يستخدمون مصطلح «التجاوز أو السمو» transcendence ليعبّروا عما يماثل فكرة رويس نفسها. فهؤلاء العلماء يطرحون مستوى فوق مستوى «تحقيق الذات» في «هرم ماسلو»(*)، ويرون أن لدى الناس رغبة تتجاوز أو تسمو على هذا المستوى، وهي الرغبة في أن يرى أحدنا الآخرين ويساعدهم في تحقيق قدراتهم.

وحينما يغدو ما تبقى لنا من وقتٍ قليلا، فإن كلا منا يسعى إلى الراحة التي يجدها في المتع البسيطة: في الصحبة وروتين الحياة اليومية، ومذاق الطعام الطيب، ودفء أشعة الشمس حينما تمسّ وجوهنا. إننا نصبح أقل اهتماما بالحصول على المكافآت التي تتمثل في الإنجازات والتجميع، ونصبح أكثر اهتماما بمكافأة الوجود مجردا. ولكننا في الوقت الذي قد نصبح فيه أقل طموحا، نصبح مهتمين بما نترك من تراث معنوي، وتكون لدينا حاجة عميقة إلى تمييز الأهداف الخارجة عن ذواتنا والتي تجعل الحياة تبدو أكثر معنى وأكثر قيمة.

(*) هرم ماسلو (Maslow's Hierarchy): نظرية وضعها عالم النفس الأمريكي أبراهام ماسلو Abraham Maslow، ضمن بحثه المشار إليه سابقا (انظر الهامش الرقم 4 من الفصل الرابع)، ويقترح فيها ترتيبا لاحتياجات الإنسان كالتالي:

الدرجة الأولى (الدنيا): الاحتياجات الفسيولوجية. الدرجة الثانية: الحاجة إلى الشعور بالأمان. الدرجة الثالثة: الحاجة إلى الشعور بالحب والصداقة والانتماء. الدرجة الرابعة: الحاجة إلى الشعور بالتقدير والاحترام. الدرجة الخامسة (العليا): الحاجة إلى تحقيق الذات.

ومن الواضح تدرُّج الهرم من الماديات التي تكفل للإنسان مجرد العيش (قاعدة المثلث)، صعودا مع الحاجات النفسية والمعنوية التي تكفل له الحياة بمعناها الشامل. [المحرر].

لقد ساعد بيل توماس من خلال الحيوانات والأطفال والنباتات في تطبيق برنامج في بيت التمريض تشيس ميموريال، أطلق عليه اسم «جنة عدن بديلا» The Eden Alternative، وهو بهذا يكون قد وفر مجالا متواضعا يستطيع النزلاء من خلاله أن يعبِّروا عن ولائهم؛ فهو فرصة محدودة لكنها حقيقية ليضع كل منهم يده على شيء أبعد من مجرد الوجود. وقد اغتنموا هذه الفرصة بتَوق.

قال لي توماس عن ذلك: «حينما تكون طبيبا شابا، وتحضر كل هذه الحيوانات والأطفال والنباتات إلى بيت للتمريض معقّم وملتزم بقيود المؤسسات، وتفعل هذا في نحو العام 1992، فإن ما تراه يحدث نتيجة لهذا أشبه بالسحر، فإنك ترى الناس ينهضون ليعيشوا الحياة فعلا، وتراهم يتفاعلون مع العالم.. إن ما يحدث يكاد العقل لا يدركه».

إن المشكلة التي ينطوي عليها الطبّ وما أنتج من مؤسسات للعناية بالمرضى والمسنين لا تكمن في أن للقائمين عليها رؤية خاطئة بشأن ما يجعل للحياة مغزى، المشكلة تكمن في أنه ليست لهم أي رؤية تُذكر في هذا الخصوص. فاهتمام الطب ينحصر في دائرة ضيقة، والذين يتخصصون في المجالات الطبية يركزون على إعادة الصحة إلى وضعها الطبيعي، وليس مجال اهتمامهم حياة الروح. ومع ذلك فقد قررنا – وهذه هي المفارقة المؤلمة – أنهم هم الذين يحددون إلى حد بعيد كيف نعيش حين تأخذ حياتنا في الانحدار والذبول. لقد مر علينا أكثر من نصف قرن ونحن نعامل الصعوبات المتمثلة في المرض والشيخوخة والموت على أنها مشكلات تخص الطب. فالتجربة هنا هي تجربة في الهندسة الاجتماعية، فقد وضعنا قدرنا في أيدي أناس كسبوا قيمتهم لإمكاناتهم التقنية أكثر مما كسبوها لفهمهم الحاجات البشرية، وقد ظهر الآن أن هذه التجربة قد فشلت. فلو كانت السلامة والحماية هما كل ما نطلبه في الحياة، لكان من المحتمل أن نخرج بنتائج مختلفة عما خلصنا إليه. ولكن لأن ما نطلبه هو حياة لها قيمة وقصد، وأننا نُحرَم مع ذلك من الشروط التي يمكن أن تجعل هذا المطلب ممكنا بسبب الروتين السائد، فإنه ليست هناك طريقة أخرى لنرى بها ما الذي صنعه المجتمع الحديث.

أراد بيل توماس أن يعيد تشكيل بيت التمريض، وأرادت كيرين ويلسون أن تزيل بيت التمريض تماما، وأن تعوّض عنه بالمعيشة المدعومة. ولكنّ ما سعى إليه

الاثنان هو الفكرة نفسها: أن يساعدا الناس الذين يعيشون في حالة من الاعتماد على الآخرين في أن يحافظوا على معنى الوجود. كانت الخطوة الأولى لتوماس أنه أعطى الناس كائنا حيّا ليعتنوا به؛ وأما الخطوة الأولى لكيرين ويلسون فقد كانت أن فتحت لهم بابا يمكن لهم أن يغلقوه ومطبخا خاصا بهم، فالمشروعان قد كمّل أحدهما الآخر، وقد أحدثا تحويلا في تفكير الناس المنهمكين في العناية بالمسنين. لم يعد السؤال «هل يمكن تهيئة حياة أفضل لأشخاص أصبحوا معتمدين على الآخرين بسبب تدهور حال أجسامهم؟» مطروحا، لأنه صار من الواضح أن هذا ممكن. بل صار السؤال الآن «ما العناصر الرئيسية التي تعمل على تحقيق ذلك؟». لقد بدأ الاحترافيون في المؤسسات المنتشرة عبر العالم يبحثون عن الأجوبة. حينما انطلقت شيلي، ابنة لو ساندرز، تبحث في العام 2010 عن بيت تمريض لوالدها، لم تكن عندها أيّ فكرة عن هذه الانطلاقة في إيجاد الحلول، فالأكثرية الساحقة من الأماكن التي كانت موجودة لتستقبل شخصا مثل «لو» كانت نوعا من الاحتجاز إلى حدّ يبعث على الكآبة. ولكن كان قد بدأ يظهر عبر البلاد وفي مدينة شيلي نفسها عدد من المراكز الحديثة والبرامج التي تحاول تصميم حياة للمسنين تتسم بالاستقلالية.

في ضواحي بوسطن، وعلى مسافة من بيتي لا تزيد على عشرين دقيقة بالسيارة، كان قد أُنشئ بقرب تشارلز مجمّع جديد للمتقاعدين سمّي «نيو بريدج» New Bridge. وقد أنشئ بحيث يحقّق معايير «الرعاية المستمرة والمتكاملة»: حيث يحتوي على مساكن مستقلة، ومساكن للمعيشة المدعومة، وجناح لبيت التمريض. ولكن بيت التمريض هناك بدا حين زرته منذ وقت غير بعيد لا يشبه شيئا من بيوت التمريض التي اعتدتُ رؤيتها. فبدلا من إسكان ستين شخصا في كل طابق في غرف مشتركة تشرف على ممرّات لا تنتهي كما ترى في المستشفيات، يجد المرء في «نيو بريدج» وحدات أصغر لإسكان ما لا يزيد على ستة عشر نزيلا في كل منها. وكل وحدة من هذه تسمّى «مسكنا»، وفعلا يقصد منها أن تؤدي عمل المسكن. فقد كانت كل الغرف خاصة، كما كانت مبنية حول مساحة عامة للمعيشة تتبع لها غرفة طعام، ومطبخ، وغرفة نشاطات؛ شأنها شأن البيوت التي تعوَّدناها.

إنك تجد مساحة كل «مسكن» مناسبة لحياة البشر، وهذا ما كان في نيّة من أنشأوا المشروع. لقد ظهر من خلال البحوث أنه في الوحدات التي تؤوي أقل من

عشرين شخصا يغلب أن يكون القلق والاكتئاب فيها أقل من غيرها[4]، وأن التفاعل الاجتماعي يكون أنشط والصداقة تكون أمتن، ولوحظ أن الشعور بالأمان يكون في مثل هذه الوحدات أقوى، وكذلك التفاعل مع فريق العمل، حتى في الحالات التي يكون النزلاء قد ظهر عندهم الخرف. ولكنّ تصميم المكان له ميزات غير الحجم. فهذه «المساكن» قد صمّمت عن قصد لتكون بعيدة عن جوّ البيئة الطبية. فالتصميم المفتوح يجعل النزلاء يرون ما الذي يقوم به الآخرون، مما يشجعهم على أن ينضموا إلى ما يرونه من نشاط. ووجود المطبخ المركزي يعني أنه إذا أحب شخص ما أن يسير إلى المطبخ ليأخذ وجبة سريعة، فإنه لا يمنعه شيء من ذلك. لاحظت وأنا واقف أراقب الناس أن النشاط الذي لا تحجزه الحواجز يماثل ما نراه في البيوت التي نعيش فيها. رأيت رجلين يلعبان بورق اللعب في غرفة المعيشة، ورأيت ممرضة تقوم بعملها الورقي في المطبخ بدلا من الرجوع إلى ما وراء قسم الممرضات.

لكن التصميم المعماري ليس كل شيء. فقد لاحظت أن أعضاء فريق العمل الذين قابلتُهم لديهم عدد من المبادئ والتوقعات حول مهنتهم تختلف عمّا كنت أراه في بيوت التمريض الأخرى. لم يكن المشي مثلا يعامل وكأنه سلوك علاجي، وهذا ما تبيَّن لي حالما لاقيت امرأة اسمها رودا ماكوفر، وهي في التاسعة والتسعين، جدة وأم جدات. كانت قد ظهرت عندها، مثل لو ساندرز، مشكلات في ضغط الدم، كما أنها تعاني ألما في عرق النّسا sciatica، وهو ما أدى بها إلى السقوط مرات عدة. وأسوأ من هذا أنها صارت شبه عمياء بسبب تنكّس الشبكية الشيخي retinal degeneration المتعلق بتقدم العمر.

قالت لي رودا ماكوفر: «إذا رأيتك ثانية فلا أظن أني سأعرفك، ولكني أرى أنك نصف شائب، وأنك تبتسم. أستطيع أن أرى هذا».

لقد بقي ذهنها حادا وسريعا، ولكن العمى مع احتمال السقوط مزيج سيئ. لقد صار من المستحيل بالنسبة إليها أن تعيش من دون توافر مساعدة على مدى الأربع والعشرين ساعة، فلو رأيتها في بيت تمريض عادي لوجدتها محجوزة في كرسيٍّ العجلات حرصا على سلامتها. ولكنّ الوضع هنا يختلف، فقد تُركتْ لتمشي. لا شك في أن هذا ينطوي على مخاطر، ولكنّ فريق العمل هنا يفهمون أهمية استمرار مشي النزلاء، مثل ماكوفر، ليس من أجل صحتها فقط (حيث إن قوتها الجسمية

تنحدر بسرعة لو كانت في كرسي العجلات)، ولكن الأهم من ذلك من أجل المحافظة على ثقتها بما في جسمها من قدرة.

قالت لي رودا ماكوفر: «أحمد الله على أنّني لاأزال أستطيع أن أذهب بلا مساعدة إلى الحمام. قد تظن أن هذا أمر بسيط، فأنت شاب، ولكن ستفهم ما أعني حينما يتقدم بك العمر، ستفهم أن أروع شيء في حياتك أن تكون قادرا على الذهاب إلى الحمّام معتمدا على نفسك».

وأخبرتني أن عمرها سيكون مائة عام حينما يحل فبراير. وحينما علّقتُ: «هذا مدهش!»، ردّت: «إنه عمر متقدِّم جدا».

قلت لها إن جدّي عاش حتى بلغ نحو مائة وعشرة أعوام. فقالت: «لا سمح الله أن يحدث هذا لي».

لم تمضِ إلا بضعة أعوام منذ كانت رودا ماكوفر تعيش في شقتها الخاصة. قالت عن حياتها السابقة: «لقد كنت سعيدة جدا في شقتي. كنت أحيا، كنت أحيا كما يحب الناس أن يحيوا: كان لي أصدقاء، وكنت ألعب ألعاب الورق. يسوق أحد الأصدقاء سيارتي ونذهب معا. نعم، لقد كنت أعيش». ثمّ أتى عرق النّسا، وأتت حوادث السقوط، وأتى تدهور نظرها. وانتقلت إلى بيت التمريض، غير هذا السكن، وكانت تجربتها رهيبة. لقد خسرتْ تقريبا كل شيء تملكه – خسرت أثاثها، وخسرت ما تحتفظ به للذكرى – ووجدت نفسها في غرفة مشتركة، يحكمها نظام شبه عسكري، والصليب فوق سريرها، «ولكوني يهودية، فإن هذا لم يكن لطيفا».

بقيت هناك سنة قبل أن تنتقل إلى نيو بريدج، ووصفت الانتقال بأنه: «لا يمكن مقارنة هذا المكان بالمكان السابق. لا مقارنة بينهما أبدا أبدا». فهذا هو النقيض التام من مأوى «غوفمان» ذاك الذي لا يزيد على أنه مأوى. إن الرّواد أخذوا الآن يتعلمون أنه لكون البشر بشرا فإن لديهم حاجة إلى الخصوصيّة ولديهم في الوقت نفسه حاجة إلى المجتمع، وإلى إيقاعات وأنساق يومية تتحلى بمقدار من المرونة، وأنهم يحتاجون إلى فرصة إنشاء علاقات حانية مع أولئك الذين من حولهم. قالت رودا ماكوفر: «الحياة هنا كأنها حياتي في بيتي».

ثم لاقيت على بُعد بسيط، وبعد أن دخلت اتجاها مختلفا في المركز، آن بريفمان، وعمرها تسعة وسبعون عاما، وريتا كان، وعمرها ستة وثمانون عاما، وأخبرتاني بأنهما

ذهبتا لمشاهدة فيلم في الأسبوع الماضي، وأن هذا الخروج لم يكن فسحة جماعية رسمية سبق ترتيبها، بل كان تحرك صديقتين شعرتا بالرغبة في مشاهدة فيلم «خطاب الملك» The King's Speech في مساء يوم الخميس. لبست آن بريفمان عِقدا جميلا من الفيروز، وزيّنت ريتا خان عينيها بظلّ أزرق متورّد، وارتدت ثوبا جديدا متميزا. كان لا بد من أن توافق إحدى مساعدات الممرضات على أن ترافق الصديقتين. لنضف أن آن بريفمان مشلولة في نصفها الأسفل بسبب «التصلب اللويحي المتعدد» multiple sclerosis وتتنقل في كرسي متحرك آلي؛ أمّا ريتا خان فهي عرضة لحوادث السقوط، ولا بد لها من عكازة متعددة الأرجل للمشي، لذلك احتاجت الصديقتان إلى دفع 15 دولارا للسيارة التي نقلتهما، لأنّها مزوّدة بإمكانية حمل كرسي العجلات. لكن على رغم هذه العقبات، لم تعجز إحداهما عن الذهاب. كانتا تتطلعان إلى مشاهدة أفلام أخرى على «دي في دي».

وسألتني ريتا خان بلهجة تنطوي على الدهاء: هل قرأت رواية «خمسون ظلا لغراي» Fifty Shades of Grey حتى الآن، واعترفت بتواضع أنني لم أفعل.

وأضافت بلهجة التعجب: «لم أسمع قط بسلاسل من هذا النوع». ثم سألتني إن كنت أعرف شيئا من هذا النوع.

لم أكن أحبّ في الواقع أن أجيب عن هذا السؤال.

كانت نيو بريدج تسمح لنزلائها بأن تكون لهم حيوانات مدللة، ولكنها لم تقم بخطوات فعلية لإحضار مثل هذه الحيوانات، كما فعل بيل توماس ضمن برنامجه «جنة عدن بديلا»، ولهذا لم تصبح الحيوانات جزءا مهما من الحياة في نيو بريدج. ولكنّ الأطفال أصبحوا جزءا أساسيا في هذا السكن. فقد كانت أرض نيو بريدج مشتركة مع مدرسة خاصة لأطفال من صف الروضة إلى الصف الثامن، وقد أصبحت المؤسستان بهذا في حالة من التضافر والتداخل، فمثلا صار نزلاء السكن الذين لا يحتاجون إلى مساعدة كبيرة يعملون مدرسّين خصوصيّين أو موظفي مكتبة. وحينما درس الطلاب الحرب العالمية الثانية، أسهم بعض النزلاء ممن اشتركوا في الحرب بإعطاء الطلاب شهادة شاهد عيان حول تلك النصوص التي يدرسها الطلاب. وفي المقابل كان الطلاب يأتون إلى نيو بريدج كل يوم، وكان الطلاب الصغار يقيمون نشاطا شهريا بالاشتراك مع النزلاء.. نشاطات مثل معارض الفن، واحتفالات

الإجازات، والحفلات الموسيقية. ومارس طلاب الصفين الخامس والسادس رياضتهم بالاشتراك مع نزلاء السكن، وأمّا الطلاب في المرحلة المتوسّطة فقد عُلّموا كيف يعملون مع النزلاء الذين يعانون الخرف، وصاروا يشاركون في ألعاب تقارب مع نزلاء بيت التمريض. ولم يعد مستغربا أن يطور الأطفال والنزلاء علاقات حميمة. وصل الأمر بهذه الصداقات إلى أن طُلب من ولدٍ صادَق نزيلا مصابا بحالة متقدمة من ألزهايمر أن يتحدث في جنازة ذلك الصديق العجوز بعد وفاته.

قالت ريتا خان عن الأطفال: «هؤلاء الأطفال يسحرون القلب». فعلاقتها مع الأطفال كما قالت كانت واحدة من أهم شيئين يدخلان السرور على قلبها يوميا. أما المتعة الأخرى فكانت الدروس التي كان في إمكانها أن تتلقاها.

قالت عن الدروس: «ماذا أقول عن الدروس؟ ما أحلاها؟ كم أحب الدروس!» تتلقى ريتا خان حاليا الدروس حول الأحداث الآنية، يُدرِّس ذلك أحد النزلاء يسكن في السكن المستقل.

قد يبدو هذا المكان باهظا لا يستطيع أن يصل إليه إلا الأغنياء، ولكن من لاقيتهم لم يكونوا أغنياء. فريتا خان كانت مسؤولة عن السجلات الطبية في أحد المستشفيات، وكان زوجها موجها سلوكيا في مدرسة ثانوية؛ أما آن بريفمان فكانت ممرضة في مستشفى ماساتشوستس العام، وكان زوجها يعمل في مجال تزويد حاجيات المكاتب؛ وأما رودا ماكوفر فكانت قبل قدومها صاحبة دكان، وكان زوجها بائعا للمأكولات الجافة. لم يكن أولئك الأشخاص مختلفين من الناحية المالية عن لو ساندرز. بل الواقع أن 70 في المائة من نزلاء بيت التمريض نيو بريدج كانوا قد استنزفوا كل مدخراتهم وانتقلوا إلى المساعدة الحكومية من أجل دفع تكاليف مكوثهم في هذا المكان.

لقد استطاعت نيو بريدج أن توثق صلاتها بأصحاب رؤوس الأموال، فكان هذا أمرا حيويا في المحافظة على مستوى أدائها. ولكن على مسافة أقل من ساعة بالسيارة، زرت مشروعا قريبا من المكان الذي كانت تعيش فيه شيلي وزوجها، وهذا المشروع الذي زرته لا يتمتع بقدرات مالية كالتي توافرت لنيو بريدج، ومع ذلك نجحوا في أن يحدثوا هذا التحول في هذا المشروع الآخر. بُني مشروع بيتر سانبورن بليس Peter Sanborn Place في العام 1983 بوصفه بناء شقق مدعوما

بثلاث وسبعين وحدة مخصصة للمسنين المستقلين من أصحاب الدخل المحدود من بين المجتمع المحلي. ولم تكن جاكي كارسون Jacquie Carson، وهي مديرة المشروع منذ العام 1996، تنوي أن تقدم عناية على مستوى بيوت التمريض. ولكن المستأجرين لديها بدأوا يتقدمون في السن، وشعرت بأن عليها أن تبحث عن طريقة تمكن المستأجرين لديها من أن يبقوا في سكنهم باستمرار إذا رغبوا في ذلك، وفعلا أبدوا رغبتهم في البقاء.

كل ما احتاجوا إليه في بداية الأمر هو من يساعدهم في أمور الحياة المنزلية. واستجابت جاكي كارسون لذلك بأن وظفت مساعدين من وكالة محلية للمساعدة في أمور مثل الغسل والكي وشراء الحاجات والتنظيف وما أشبه ذلك. ثم بدا الضعف على بعض النزلاء، وطلبت جاكي كارسون متخصصين في العلاج الفيزيائي زودوا النزلاء بعكازات متعددة الأرجل وعلموهم بعض التمارين المقوية. ثم طلب بعض النزلاء عمل منظار، أو العناية بجروح جلدية، أو غير ذلك من العلاجات الطبية، فاتفقت جاكي كارسون مع عدد من الممرضات لزيارة نزلائها. وحينما أخبرتها وكالات العناية البيتية بأن عليها أن تنقل نزلاءها إلى بيوت التمريض، تحدت الطلب. لقد أنشأت وكالتها الخاصة ووظفت أشخاصا لعمل المطلوب بالصورة المطلوبة، بحيث يقدمون للنزلاء كل ما يحتاجون إليه من مساعدة، بدءا من وجبات الطعام إلى تحديد المواعيد الطبية.

ثم ظهر في تشخيص أحد النزلاء أنه مصاب بمرض ألزهايمر. تقول جاكي كارسون عن هذه الحالة: «اعتنيت به مدة عامين، ولكن مرضه كان يتقدم، ولم يكن لدينا استعداد للتعامل مع ذلك». فقد أصبح المريض يحتاج إلى الفحص على مدى الأربع والعشرين ساعة، وصار يحتاج إلى من يساعده في الذهاب إلى الحمام. وبدأت جاكي كارسون تشعر بأنها وصلت إلى آخر حد مما تستطيع تقديمه من مساعدة، وأن عليها أن تحوّل هذا المريض إلى بيت للتمريض. ولكن أبناء هذا الرجل كانت لهم علاقات مع مؤسسة خيرية، تسمى «صندوق علاج ألزهايمر» The Cure AlzheimerŚ Fund، وهي المؤسسة التي جمعت المال اللازم لتوظيف أول عضو دائم في فريق عمل «سانبورن بليس».

بعد ذلك بنحو عقد من الزمان، كان ثلاثة عشر فقط من السبعين نزيلا ونيِّف لدى جاكي كارسون هم الذين لايزالون سكانا مستقلين. فقد كان خمسة

وعشرون منهم يحتاجون إلى المساعدة في تناول وجباتهم وتسوقهم وأمثال ذلك، وكان خمسة وثلاثون آخرون يحتاجون إلى المساعدة في العناية الشخصية، مساعدة قد تستمر أربعا وعشرين ساعة في اليوم. ومع ذلك فقد تجنب «سانبورن بليس» أن يحصل على ترخيص بوصفه بيت تمريض، أو أن يصبح مرفقا للمعيشة المدعومة. فوصفه الرسمي لايزال «مجمع شقق لأصحاب الدخل المحدود»، هذا على الرغم من أن مديرته مصممة على أن تمكِّن نزلاءها من مواصلة العيش في منازلهم، وبالطريقة التي يرغبون فيها، وأن يستمروا في هذا إلى النهاية، مهما ظهر من عقبات.

قابلتُ إحدى النزيلات، واسمها روث بيريت، وقد جعلتني أدرك من خلال لقائي بها إلى أي مدى تُعاق حياة الإنسان حين يُصرّ على العيش في بيته حتى عمر متقدم. قالت لي جاكي كارسون عن روث بيريت إنها تبلغ الخامسة والثمانين من عمرها، وقد مضى على سكنها في تلك الشقق أحد عشر عاما، وتحتاج روث إلى الأوكسجين، وذلك بسبب قصور القلب الاحتقاني (congestive heart failure) ومرض الرئة المزمن، ولم تكن قد سارت على قدميها مدة أربع سنوات، وذلك بسبب مضاعفات التهاب المفاصل، وبسبب «السكري المتأرجح» (brittle diabetes)(*).

وبينما كانت جاكي كارسون تشرح لي ذلك، اعترضت روث بيريت من كرسيها الآلي ذي العجلات: «لا بل أنا أمشي». وهنا تبسمت جاكي ابتسامة عريضة وقالت: «لا يا روثي، أنت لا تمشين».

واعترضت روث: «أنا لا أمشي كثيرا».

يصبح بعض الناس كالغصن النحيف حينما يتقدم بهم العمر، بينما يصبح آخرون مثل جذع الشجرة، وروث بيريت من هذا النوع الثاني. وقالت جاكي كارسون موضحة إن بيريت تحتاج إلى مساعدة جاهزة على مدار الأربع والعشرين ساعة، وأنها تحتاج إلى رافعة هيدروليكية لنقلها بأمان من كرسي العجلات إلى السرير أو إلى الحمام، كما أن ذاكرتها ضعفت كثيرا.

(*) السكري المتأرجح (Brittle Diabetes): وصف يُطلق على الحالة التي تصعب السيطرة عليها من النوع الأول من السكري. فمثلا يعاني المصابون بهذه الحالة تأرجحاتٍ سريعةً في مستوى الدم بين الارتفاع والهبوط الحادين. [المحرر].

وأصرت روث بيريت على أن ذاكرتها: «جيدة جدا». ومالت نحوي. فسألتها عند ذلك كم عمرها، وكان سؤالي غير منصف، فأجابت: «خمسة وخمسون عاما». كان مقدار غلطها ثلاثة عقود لا أكثر! ومع ذلك كان تذكرها للماضي (على الأقل للماضي البعيد) لا بأس به. لم تكن قد أنهت دراسة المرحلة الثانوية، ثم تزوجت وأنجبت طفلا، ثم طُلِّقت. وعملت نادلة في مطعم محلي عدة أعوام للحصول على ما يكفي للعيش. كان عدد من تزوجتهم ثلاثة. وذكرتْ أحد هؤلاء الأزواج، فطلبت منها أن تخبرني شيئا عن ذلك الزوج.

فقالت عنه: «إنه لم يعمل إلى درجة الإعياء قط».

أما رغبات روث فهي متواضعة، فهي تجد راحتها في الروتين اليومي: في الفطور الذي لا يستعجلها أحد لإنهائه، في الاستماع للموسيقى من المذياع، في الدردشة مع الصديقات في ردهة المسكن، أو مع ابنتها بالهاتف، وفي غفوة بعد الظهر. يتجمع الناس هنا في ثلاث أمسيات أو أربع في الأسبوع لمشاهدة فيلم «دي في دي» في المكتبة، وتحضر روث بشكل شبه منتظم. وتحب أن تذهب في الفُسح التي يشارك فيها السكان يوم الجمعة لتناول الغداء خارج المسكن، حتى إن اضطر فريق العمل إلى أن يلفوها بطبقات من الفوط من نوع «ديبندز» وأن ينظفوها بعد أن تعود. تطلب روث دائما كأسا من شراب مارغاريتا – مع قطع الثلج، ومن دون ملح – هذا على الرغم من أنها ممنوعة من تناوله من الناحية الصحية لأنها مصابة بالسكري.

تقول جاكي كارسون عن نزلائها: «إنهم يعيشون هنا كما يعيشون بين أهليهم؛ فهم لايزالون يختارون ما يريدون، حتى حينما تكون خياراتهم غير مناسبة لهم».

وتحقيق هذا الهدف يحتاج إلى مقدار من الصلابة أكثر مما كنت أتوقع، فكثيرا ما كانت جاكي كارسون تجد نفسها تكافح ضد المؤسسة الصحية. يمكن بزيارة واحدة إلى غرفة الطوارئ أن تكشف للمهتم عن كل ما كان عليها هي وفريقها أن يفعلوه. فيكفي من عيوب المستشفيات أن نزلاءها يمكن أن يكونوا ضحية أخطاء طبية على مستوى الأمور الأساسية، مثل أن يتركوا ساعات على نقالة المستشفى ذات العجلات (مما يسبب تشققا في جلدهم، ويشكل قرحة الفراش «قرحة ملازمة الفراش» بسبب ضغط الفرشات الرقيقة)، أو أن يحالوا إلى أطباء لم يحصل قط أنهم اتصلوا بسانبورن بليس للحصول على المعلومات أو الخطط. ويحصل أيضا

في أحوال كثيرة أن يُرسل النزلاء إلى مراكز إعادة التأهيل، وهناك يجري إعلامهم أو إعلام عائلاتهم بأنه لن يُسمح لهم مطلقا بالعودة إلى العيش في شقة. لمثل هذه العقبات طورت جاكي كارسون بالتدريج علاقات منفردة مع خدمات نقل المرضى، ومع المستشفيات، وفَهِم هؤلاء أن مركز سانبورن بليس يتوقع أن يُستشار حول ما يقدم من رعاية لنزلائه، وأن بإمكان مركز سانبورن بليس أن يعيدهم إلى مسكنهم في أي وقت وبلا عقبات.

وحتى أطباء العناية الأولية الذين يقابلهم النزلاء ينقصهم التثقيف. فقد قصت عليّ جاكي كارسون محادثة جرت في اليوم نفسه الذي قابلتها فيه مع طبيب اعتنى بامرأة تبلغ الثالثة والتسعين من العمر مصابة بمرض ألزهايمر.

قال لها الطبيب: «إنها غير آمنة هنا، ويجب نقلها إلى بيت تمريض».

وردت جاكي: «ولماذا؟ إننا نملك فوطا للسرير، ونملك أجهزة إنذار، ونملك نظام جي بي إس GPS لتتبع المريض». فالمرأة التي يتحدث عنها الطبيب تنال العناية الكافية، ولديها هنا أصدقاء وبيئة معهودة تألفها. فكل ما تريده جاكي كارسون من الطبيب هو أن يصف بعض العلاج الطبي.

وأجاب الطبيب: «لا، إنها لا تحتاج إلى ذلك، فهي لن تتذكر كيف ستتابع العلاج».

وأصرت جاكي بالقول: «بل ستتذكر».

قال الطبيب: «من الضروري وجودها في بيت التمريض».

والجواب الذي خطر ببال جاكي كارسون هو: «من الضروري أن تستقيل أنت».

ولكنها قالت للمريضة بدلا من ذلك: «دعينا نغير طبيبك، فقد ظهر أنه كبر إلى حد أنه لم يعد قادرا على التعلم». وقالت لعائلة المريضة: «إذا كان عليّ أن أبذل جهدي، فلا أريد أن أبذله مع مثل هذا الطبيب».

وسألت جاكي كارسون عن فلسفتها في كونها تعطي نزلاءها المجال لأن يعيشوا حياتهم بالطريقة التي يختارونها، مهما كانت حالة النزيل. فوصفت فلسفتها بأنها كانت: «سنجد حلا». وأوضحت ذلك بالقول: «سنناور حتى نتجاوز كل العقبات التي يمكن تجاوزها». وكانت تتحدث كأنها قائد جيش يخطط لعمل حصار: «إنني أتجاوز الحدود وما بعدها».

والعقبات التي تواجهها جاكي بعضها ضخم وبعضها صغير، وحينما لاقيتها كان لايزال عليها أن تدرس كيف ستتعامل مع كثير من العقبات. من ذلك مثلا أنها لم تكن قد توقعت أن النزلاء أنفسهم قد يعترضون على جهودها لبقائهم في بيوتهم، ولكن بعضهم يعترض فعلا على بقاء فلان في بيته. فقد أخبرها بعضهم: «فلان – أو فلانة – لا يصلح لأن يبقى هنا بعد الآن، فقد كان قادرا على لعب البنغو في العام الماضي، أما الآن فهو لا يدري حتى أين تقوده قدماه».

لقد لاحظتُ – تقول جاكي – أن مجادلة النزلاء لا تفيد، ولذلك فقد باشرتُ اللجوء إلى طريقة جديدة، فأنا أقول حينما يطلبون نقل إحدى النزيلات: «حسنا لنتحرك ونبحث عن مكان آخر لتعيش فيه، ولكني لن أذهب وحدي، بل لا بد أن ترافقيني، فمن يدري، قد يحصل لك الأمر نفسه في العام المقبل». ويبدو أن مثل هذه الطريقة تنجح حتى الآن في حسم الموضوع.

مثال آخر على المشكلات التي تواجهها: كثير من النزلاء لديهم حيوانات مدللة، وعلى رغم الصعوبات التي تتزايد باستمرار في قدرتهم على العناية بالحيوانات، فإنهم يريدون إبقاءها، ولذلك فقد وجهت جاكي كارسون العاملين لديها لتفريغ صناديق وسخ القطط. ولكن أولئك العاملين يكرهون أن يفعلوا الشيء نفسه للكلاب، فالعناية بالكلاب تحتاج إلى عمل أكثر من القطط. ولكنها استطاعت في وقت لاحق أن تجد طرقا يستطيع فريق العاملين لديها من خلالها أن يقدموا المساعدة في العناية بالكلاب الصغيرة، ولهذا بدأت تسمح للنزلاء بأن يكون لديهم كلب صغير. أما الكلاب الكبيرة فلاتزال مشكلتها بلا حل، فكما تقول جاكي: «لا بد من أن تكون لديك القدرة بنفسك على العناية بكلبك إذا كان كبيرا»، وأضافت: «إذا لم تتمكن من العناية بكلبك وتركته يفعل ما يشاء، فإن الاحتفاظ به ليس فكرة جيدة».

إن جعل الحياة ذات معنى بالنسبة إلى المسنين أمر جديد، ولهذا فإن تحقيق ذلك يحتاج إلى مقدار من سعة الخيال والابتكار يكون أكبر مما يحتاج إليه مجرد تأمين سلامة المسنين. فلم يترسخ عدد كافٍ من الحلول الجاهزة، ولهذا فإن جاكي كارسون وأمثالها يفكرون للخروج بهذه الحلول، وكل منهم يصل إلى حلوله بنفسه. هذه مثلا روث بيكيت تتحدث خارج المكتبة الكائنة في الطابق الأول مع عدد من الصديقات. وروث بيكيت امرأة صغيرة الحجم جدا، عمرها تسعون عاما، وهي

أقرب إلى الغصن منها إلى الجذع، وقد ترملت منذ سنين. بقيت روث بيكيت في بيتها وحيدة، إلى أن تعرضت لسقوط مؤذٍ اضطروا بعده إلى أن يأخذوها إلى المستشفى، ومن ثم نقلت إلى بيت للتمريض.

قالت روث: «مشكلتي أنني عرضة للسقوط، ولا يوجد طبيب خاص بالتعرض للسقوط».

وسألتها ماذا حصل حتى انتهى بها المطاف في سانبورن بليس. وعند ذلك أخبرتني روث عن ابنها وين. كان وين أحد توأمين، ولكنه لم ينَل ما يكفي من الأوكسجين، ولذلك ظهر لديه «شلل دماغي» (cerebral palsy)، وحينما كان يمشي كان يتعرض لتشنجات (spasticity) بالإضافة إلى قصور عقلي. ولما بلغ وين سن الرشد كان بإمكانه الاعتناء بالأمور الأساسية في الحياة، ولكنه كان يحتاج إلى حد ما إلى أحدٍ ينظم له حياته ويشرف عليه. ثم لما صار في الثلاثينيات افتتح سانبورن بليس مجالًا للسكن تتوافر فيه هذه الخدمة بالذات، وهكذا سارعوا ليكون وين أول نزيل في هذا النوع من السكن. وظلت والدته روث تزوره كل يوم تقريبا على مدى ثلاثة العقود التالية، وتبقى عنده معظم النهار. ولكن لم يعُد يُسمح لها بعد تعرضها للسقوط وتحويلها إلى بيت التمريض بأن تزوره، ولم يكن عنده من القدرة العقلية ما يكفي ليسعى إلى زيارتها. كاد الأمر يصل بينهما إلى الانقطاع التام، ولم يظهر لها حل لهذه الحالة، ووصل بها الأمر إلى اليأس، فقد شعرت بأنها لن تجلس مع ابنها على الإطلاق. لكن جاكي كارسون فكرت في لمحة من الذكاء بخطة تستطيع بها أن تُسكِن كلا من الأم والابن، فعندهم في المجمع شقق متجاورة شديدة القرب بعضها من بعض.

حينما كانت روث تحدثني، كان وين على بعد أمتار فقط من مكان جلوسنا، جالسا على كرسي مُجَنَّح مريح، يرتشف شراب الصودا ويراقب الناس في جيئتهم وذهابهم، والعكازة متعددة الأرجل بجانبه. إنك تحسّ بأن الأم والابن سعيدان بكونهما أسرةً مرة أخرى. لقد تحقق هذا حين فهم أحدهم أخيرا أنه لا شيء يفوق هذا في الأهمية عند روث، ولا حتى الحفاظ على حياتها.

لم تكن مفاجأة لي حين علمت أن مركز بيتر سانبورن بليس عنده مائتا طلب على الانتظار لأشخاص يريدون السكنى عندهم. لقد كانت جاكي كارسون تأمل

توسيع قدراتهم لإسكان المنتظرين. لقد عادت إلى مناوراتها لتخطي العقبات مثل نقص الموارد المالية والبيروقراطية الحكومية. والوصول إلى غايتها الجديدة سيحتاج إلى وقت غير قصير كما أخبرتني، ولهذا ففي أثناء الانتظار أدخلت جاكي في الخدمة فريقا متنقلا يمكنه أن يخرج لمساعدة الناس حيثما كانوا يسكنون. ولاتزال جاكي تريد أن تمكّن كل إنسان من أن يعيش حياته حتى آخر يوم في المكان الذي يشعر فيه بسكينة حياة المنزل.

هناك في العالم أناسٌ يغيرون تصوراتهم، وتستطيع أن تجد هؤلاء أحيانا في أمكنة لا تخطر ببالك على الإطلاق. يحدث في الوقت الحالي أنك تجد أمثال هؤلاء ضمن مراكز عادية جدا ولا يتوقع أن يصدر عنها الإبداع، لكنك تجد هناك الأفكار المتجددة على أنشط ما يكون. ففي شرق ماساتشوستس وحدها، صادفت عددا من أمثال تلك المراكز تكاد تكون أكثر من أن يسمح الوقت بزيارتها كلها. زرت على مدى صباحين مؤسسي وأعضاء مركز «قرى بيكون هيل» Beacon Hill Villages، وهو نوع من التعاونية المجتمعية لها فرع في مختلف الأحياء من بوسطن، تصرف اهتمامها إلى تقديم خدمات ضمن طاقة الفرد العادي – وتشمل خدماتها كل شيء، بدءا من أعمال التمديدات وانتهاء بالغسل والكي – بهدف مساعدة المسنين ليبقوا في بيوتهم. تحدثت إلى أشخاص يديرون بيوتا للمعيشة المدعومة، وهم يتمسكون بالأفكار الأساسية التي وضعت جذورَها كيرين ويلسون، في وجه كل ما يبرز أمامهم من صعوبات. لم أصادف قط أشخاصا مثلهم تصميما، وأكثر منهم خيالا وإلهاما. وكان من دواعي اكتئابي أني فكرت كم كانت السنوات الأخيرة من حياة أليس هوبسون ستختلف لو أنها تمكنت من العيش في أحد هذه البيوت الجديدة: مثل «نيو بريدج» أو «جنة عدن بديلا» أو «بيتر سانبورن بليس». فلو توافر أي من هذه الأماكن، لأتيحت لأليس فرصة الاستمرار في أن تكون الشخص الذي تريد، على الرغم من زحف مظاهر العجز إلى جسمها.. ولأتيح لها أن تمارس «الحياة الحقيقية» كما كان يمكن أن تعبر به.

غير أن الأماكن التي زرتها لم تكن متماثلة، فقد كان كل منها يختلف عن غيره بالطريقة نفسها التي ترى بها المخلوقات في حديقة الحيوان يختلف أحدها عن الآخر. لم تكن تجمع بينها سمات محددة أو أجزاء مشتركة، ولكن الناس القائمين

على هذه الأماكن كانوا جميعا ملتزمين بالوفاء بهدف واحد، فكلهم يؤمنون بأنه لا حاجة للإنسان إلى أن يضحي بامتلاك زمام أموره لمجرد أنه يحتاج إلى من يساعده في أمور حياته. وقد أدركت وأنا أقابل أولئك الناس أنهم تجمع بينهم فكرة فلسفية واحدة عن تحكم الفرد في حياته، فهذا الذي يحتل المرتبة الأولى من الأهمية في الحياة.

وتحكم الفرد في حياته ليس له مفهوم واحد، بل له مفاهيم مختلفة، وأحد هذه المفاهيم هو حرية الفرد فيما يعمل، أي أن يعيش الفرد في استقلال تام، وألا يكون هناك ما يقسره ويحد تصرفه. فهذا النوع من الحرية هو الشعار المشترك بين كل هؤلاء الذين يقومون على الأماكن التي شاهدتها. ولكن هذا النوع من الحرية، كما أدرك بيل توماس في عقر داره في شمال ولاية نيويورك، هو وهم؛ فقد جاءه هو وزوجتَه جود طفلان ولدا مصابين بإعاقات شديدة تحتاج إلى رعاية طوال العمر، وحتى هو سوف يأتي يوم يجبره المرض أو الشيخوخة أو حادث ما على طلب المساعدة أيضا. فحياتنا هي بأعمق المعاني معتمدة على الآخرين، وهي عرضة لقوى وظروف خارج تحكُّمنا تماما. صحيح أن امتلاك زيادة من الحرية يبدو أفضل من نقصها، ولكن ما الغاية؟ ليس مقدار ما يملك أحدنا من حرية معيارا لقيمة حياته، فتمكن الفرد من التحكم في أموره مثل العيش من أجل السلامة هدف فارغ يُبطل نفسه بنفسه.

لاحظ رونالد دووركن Ronald Dworkin، الفيلسوف العظيم الراحل، أن هناك معنى آخر لتحكم الفرد في حياته أروع وأولى بالإعجاب، فمهما كانت الحدود التي نعيش ضمنها، ومهما انطوت حياتنا على المكابدة، فنحن نريد أن نحتفظ بالتحكم في حياتنا – أي بالحرية – وأن نكون أصحاب الكلمة فيما يحدث لنا. وهذا المعنى هو لب إنسانية الإنسان. كتب دووركن في مقالته التي ظهرت في العام 1986 عن هذا الموضوع[5]، وهي مقالة تستحق كل الإعجاب: «إن قيمة تحكم الفرد في حياته... تتركز في مقدار المسؤولية الذي ينجم عنها: إن تحكم أحدنا في حياته يجعل كلا منا مسؤولا عن رسم حياته هو بما يتوافق مع معنى واضح ومتميز لشخصيته ومعتقده وما يهمه. إنها تعطينا المجال في أن يكون بأيدينا مقود توجيه حياتنا بدلا من أن تكون حياتنا هي التي تقودنا، بشكل يكون فيه كل منا قادرا على أن يكون ما اختار بنفسه أن يكونه، ضمن ما يتيحه لنا نظام الحقوق التي نملكها».

فكل ما نطلبه هو أن يُسمح لنا بأن يكون الواحد منا هو من يؤلف قصة حياته، ولكن هذه القصة عرضة للتغيير الدائم. فيمكن أن يحدث في أثناء مضينا في حياتنا أن نصادف صعوبات لا يتصورها عقلنا. وقد تخضع اهتماماتنا ورغباتنا للتحول. ولكن مهما حدث، فنحن نريد أن نحتفظ بحريتنا في أن نصوغ حياتنا بطرق تتوافق مع شخصيتنا وولاءاتنا.

لهذا يظل ما يؤذي أجسامنا وعقولنا، ويهدد بمحو شخصياتنا وذاكراتنا من أشد ما نخافه ونرتاع منه. فمعركة الإنسان المقضي عليه بالفناء هي معركة الحفاظ على سلامة حياتنا، أي تجنب أن يصبح أحدنا منتقَصًا أو مشتتا أو خاضعا بحيث يؤدي هذا إلى التفكك والانفصال عمن نكون أو عما يريد أحدنا أن يكونه. والمرض والشيخوخة يجعلان هذا الصراع صعبا حقا، ولكن المحترفين الذين نلجأ إليهم والمؤسسات التي نلجأ إليها يجب ألا يجعلوا المشكلة أسوأ مما هي عليه. غير أننا دخلنا أخيرا مرحلة من التاريخ صار عدد متزايد من الاحترافيين والمؤسسات يؤمنون بأن مهمتهم تتلخص في ألا يحدُّوا من خيارات الناس الذين يلجأون إليهم، وألا يفعلوا ذلك باسم السلامة، بل عليهم أن يوسعوا من تلك الخيارات، بحيث تكون غايتهم أن يعيش المرء حياة تستحق اسم الحياة.

كاد لو ساندرز أن يصبح أحد المقيمين في بيت للتمريض في نورث أندوفر، حيث سيربَط في كرسي العجلات، ويُعامَل بوصفه مسنا يحمل عقلية طفولية ويتصف بالتصلب الجسمي والذهول العقلي؛ ولكن حدث قبيل اتخاذ ابنته شيلي هذه الخطوة أن أخبرها ابن عم لها بمكان جديد افتتح في مدينة تشيلسي، واسمه مركز ليونارد فلورنس (Leonard Florence Center) للمعيشة، وقال قريبها إن من الضروري أن تنظر في ذلك المكان قبل اتخاذ أي خطوة. لم يكن المكان يبعد سوى مسافة قصيرة بالسيارة، ولهذا هيأت شيلي الأمور لتزور هي ووالدها لو المكان.

كان انطباع لو حسنا من اللحظات الأولى للجولة في أنحاء المكان، فقد لاحظ لو كلمة قالتها مرشدة الزيارة، مع أن شيلي نفسها لم تكد تنتبه إلى هذه الكلمة، فقد قالت المرشدة إن كل الغرف لديهم مستقلة، لكل نزيل غرفته الخاصة. لقد تذكر لو أنه لم يمر عليه بيت تمريض من قبل إلا وغرفه مشتركة، وكان خُسران خصوصيته من

أشد ما كان يفزعه في تلك المراكز. فتمتع لو بالوحدة أساسي عنده، وكان يشعر بأنه يكاد يفقد عقله إذا حرم عزلته.

قال لي لو ساندرز عن ذلك: «كانت زوجتي تقول إنني انعزالي، ولكني لست كذلك، فكل ما أحبه هو أن يكون لي وقت أنفرد فيه بنفسي». وهكذا فحينما قالت المرشدة إن مركز فلورنس يملك غرفة خاصة لكل نزيل قال لها: «لا بد أنك تمزحين». وهكذا فلم تكد الجولة تبدأ حتى اقتنع لو.

وسارت المرشدة في جولتها مع شيلي ولو، وقالت إنهم يسمون مركزهم «المحضن» (Green House)، ولم يفهم لو ماذا يقصدون بذلك. ولكن كل ما فهم، كما قال لي: «إنه لم يبدُ لعيني مثل بيت للتمريض».

وسألته: «كيف بدا لك إذن؟».

وكان جوابه: «بدا لي كبيتي الذي أطمئن فيه».

كان هذا المكان إنجازا آخر لبيل توماس. فبعد أن أطلق «جنة عدن بديلا» ظل متحفزا لصنع شيء آخر. فقد كان مزاجه يدفعه إلى أن يكون مقاولا لا تنتهي مشاريعه، ولكنه مقاول لا يملك المال اللازم. أقام بيل توماس وزوجته جود مؤسسة غير ربحية نشرت منذ إنشائها مبادئ «جنة عدن بديلا» بين الناس العاملين في مئات بيوت التمريض. ثم أصبح توماس وزوجته مؤسسين مشتركين لشبكة سُميت «الشبكة الرائدة» The Pioneer Network، وهي أشبه بنادٍ ينضم إليه الأفراد الملتزمون بالتجديد في عالم العناية بالمسنين. وهذه الشبكة لا تتبنى أي نموذج محدد للعناية بالمسنين، بل تدعو ببساطة إلى تبني التغييرات الكفيلة بإخراج ثقافة العناية بالكبار لدينا من صبغتها المشبعة بالتفكير الطبي.

شعر بيل توماس في نحو العام 2000 بدافع جديد يغلي داخله، فقد شعر برغبة أن يبني للمسنين بيتا ينشئه من الصفر، وليس كما فعل في «نيو برلين» من تجديد لبيت كان موجودا من قبل. وسمى مشروعه المزمع «المحضن» «Green House»، وكانت خطته كما عبر عنها «الحمَل في ثياب الذئب»، فهو يريد للمكان أن يبدو في عيون الحكومة مثل بيت للتمريض، مما يجعله مؤهلا إلى دفعات المعونة التي تمنح لبيوت التمريض العامة، وكذلك لكيلا تزيد تكاليفه على تكاليف بيوت التمريض الأخرى. لا بد من أن تتوافر فيه التقنيات والإمكانات اللازمة لمساعدة الناس، مهما

كان أحدهم قد أصبح معاقا أو واهنا. ولكن يجب أن يبدو المكان للعائلات والنزلاء وللعاملين فيه كأنه البيت الذي نعيش فيه، وليس كمؤسسة. وفعلا بنى بيل توماس أول «محضن» بعطاء مالي من مؤسسة روبرت وود جونسون Robert Wood Johnson Foundation غير الربحية، وذلك في توبيلو Tupelo بولاية المسيسيبي، بالمشاركة مع إحدى منشآت بيت التمريض «جنة عدن بديلا»، الذي كان قد قرر أن يبني وحدات جديدة. ولم يمض وقت طويل حتى دشنت المؤسسة «المبادرة الجمهورية الوطنية للمحاضن» The National Green House Republication Initiative، والتي دعمت إنشاء أكثر من 150 محضنا في خمس وعشرين ولاية، وكان منها مركز ليونارد فلورنس للمعيشة الذي طاف لو في أرجائه.

بقيت المبادئ التي التزمت بها هذه «المحاضن» ثابتة، سواء في ذلك المركز الأول في توبيلو، والذي لم يضم سوى اثني عشر شخصا، أو عشرة بيوت التي ضمتها بناية مركز فلورنس ذات الطوابق الستين، وبقيت تعكس غايات الرواد الآخرين. كل «المحاضن» صغيرة وخاصة بالبيئة الاجتماعية التي تنشأ ضمنها، وليس في أي منها أكثر من اثني عشر نزيلا. ففي مركز فلورنس مثلا يوجد في الطابق جناحان، وكل منهما يسمى «غرين هاوس»، حيث يعيش نحو عشرة أشخاص عيشة مشتركة. صممت المساكن بحيث تكون دافئة وتحقق الجو العائلي؛ فأثاثها عادي، وتحتوي غرفة معيشة وموقدا، وتقدم فيها وجبات كما تتناولها العائلات: تقدم على طاولة واحدة كبيرة، وللشقة باب عليه جرس مثل أي بيت. وصممت المساكن لتحقق فكرة أن الحياة التي تستحق أن يحياها النزيل يمكن أن تتركز في هذا المكان على الطعام، وتدبير المنزل، وصنع الصداقات بين النزلاء.

كان ما جذب لو في الأصل هو الشكل الظاهري للمكان؛ فلم يكن فيه ما ينفر كما كان قد شاهد في مظاهر المؤسسات المقيدة للحرية. ولكن ما شعر لو بقيمته بالدرجة الأولى بعد أن انتقل إلى ذلك المكان هو طريقة الحياة. فهو يستطيع أن يأوي إلى فراشه في الوقت الذي يريد، وأن يستيقظ وقتما شاء. كان هذا كافيا ليبعث النشوة في قلبه. لم يكن هناك صف من القائمين بالعمل يندفعون عبر الصالات في الساعة السابعة صباحا، يهيِّجون كل فرد نزيل بما يطلبونه من الاستحمام وتغيير الملابس والانتقال على الكراسي ذات العجلات إلى المكان المناسب لأخذ الحبوب

ومن ثم إلى تناول الوجبة بشكل جماعي (وهذا ينطبق حتى على تشيس ميموريال، حيث كان أول انطلاق لبيل توماس)، فلم يكن يخطر في البال أن هناك طريقة أخرى. كان يظن أيامها أنه لا بد من أجل تحقيق الفاعلية أن يسارع فريق مساعدي الممرضات لتجهيز النزلاء لفريق الطعام، ثم إن على فريق الطعام أن يعدوا النزلاء ليكونوا جاهزين لفريق التنسيق، ثم إن على فريق التنسيق أن يخرجوا النزلاء من الغرف من أجل فريق التنظيف والترتيب... إلخ. هكذا كانت البرامج والمهمات التي يعدها المديرون. والذي فعله توماس أنه قلب هذا النموذج من التفكير والإدارة رأسا على عقب، فقد سحب الضبط من يد المديرين وجعله في أيدي القائمين بمباشرة العناية بالنزلاء، وأوعز إلى كل من هؤلاء أن يركز على بضعة نزلاء فقط، وأن تشمل مهمة الواحد منهم كل شيء تقريبا. فهم الذين يضطلعون بالطبخ، وبالتنظيف، وبتقديم المساعدة في أي شيء يحتاج إلى المساعدة، وفي الوقت الذي تظهر فيه الحاجة (تُستثنى من ذلك المهمات الطبية، مثل إعطاء الجرعات، والتي تتطلب تعيين ممرضة). كان من نتيجة هذا أن مقدم العناية بالنزلاء صار يقضي وقتا أطول مع كل نزيل، مما يؤدي إلى تقارب بينهما؛ فقد صار لديهما الوقت للتحدث، وتناول الطعام، واللعب بأوراق اللعب، وأي شيء آخر. أصبح من يقدم العناية بالنسبة إلى أشخاص مثل لو ساندرز ما كان عليه جيراسيم لإيفان إيلييتش؛ أقرب إلى كونه رفيقا من كونه طبيبا سريريا.

وبالنسبة إلى شخص مثل لو فلم يمضِ وقت طويل حتى كوَّن صداقات، فإحدى عضوات الفريق العامل كانت تعانقه بحرارة في كل مرة تلتقيه، وقد أسر لو إلى ابنته شيلي كم يسعده أن يضمه إنسان، فلولا هذه المرأة لكان قد حُرم من الضم. وكان لو يخرج في فترة العصر من كل يوم ثلاثاء وكل يوم خميس إلى القهوة ويلعب الكريبدج مع صديقه ديف، فقد حافظ ديف على زيارته للو. يضاف إلى هذا أن لو قد علَّم هذه اللعبة رجلا مصابا بالشلل إثر سكتة دماغية، والذي كان يعيش في منزل يوجد في طابق آخر، وكان هذا الرجل يأتي أحيانا إلى طابق لو ليلعبا معا. يمسك أحد المساعدين في هذه الحال الأوراق للرجل المشلول، أو يقوم لو نفسه بهذا، مع الاهتمام بتجنب استراق النظر إلى الأوراق. وفي أوقات العصر من أيام أخر تأتي شيلي لزيارته، وتأتي بالكلبين معها لعلمها بمقدار حب والدها لهما.

كما أن من أسباب سعادة لو ساندرز أنه يقضي أكثر النهار وحيدا. فبعد تناول الفطور ينسحب إلى غرفته لمشاهدة التلفاز، وهو يعبر عن هذا بالقول: «دعنا نرَ ما يُحدثون من فوضى».

وقال لي عن ذلك: «أحب أن أتابع ما يحدث في عالم السياسة، إنها مثل الدراما المثيرة، فكل يوم يُعرض عليك فصل جديد منها».

سألته عن المحطة التي يتابعها، فهل هي فوكس مثلا؟

فأجاب: «لا، بل هي «MSNBC».

تساءلت عندها: «MSNBC»؟ هل أنت ليبرالي؟».

ابتسم ابتسامة عريضة وقال: «نعم، أنا ليبرالي، فلو أن دراكولا قال إنه ديموقراطي فسوف أنتخبه».

ثم بدأ لو ساندرز يؤدي بعض الرياضة، يمشي مع مساعده في أرجاء الطابق، أو يخرج حين يكون الطقس حسنا. كان هذا النشاط مما يثلج صدره جدا، ففي الأشهر الأخيرة في المعيشة المدعومة، كان أعضاء فريق العمل يتركونه يقضي وقته خاملا في كرسي العجلات، ويدعون أنه من غير المأمون له أن يمشي، وذلك بالنظر إلى نوبات الغيبوبة التي تمر عليه. وقال عن الكرسي: «إنني أكره ذلك الكرسي». أما في مركز فلورنس فقد سمح له بالتخلص من كرسي العجلات، وأن يجرب حظه مع العكازة متعددة الأرجل. وعبَّر عن سروره بذلك قائلا: «إنني أشعر بنوع من الفخر أنني طلبت ذلك».

يتناول لو غداءه جالسا إلى الطاولة الكبيرة، مختلطا ببقية النزلاء. وإذا لم يكن عنده جلسة لعب بأوراق اللعب في فترة العصر، أو أي خطة أخرى، فإنه في العادة يقضي الوقت في القراءة، فهو مشترك في مجلتي «ناشونال جيوغرافيك» و«نيوزويك»، كما أنه لايزال يحتفظ بكتبه. وقد أنهى منذ فترة قريبة قصة مثيرة لروبرت لادلام Ludlum، وباشر الآن قراءة كتاب عن هزيمة الأسطول الإسباني أرمادا.

يخرج لو أحيانا الكمبيوتر الخاص به من نوع ديل Dell ويتصفح فيديوهات يوتيوب. وسألته أيها يحب أن يشاهده، فأعطاني مثالا: «لم أذهب إلى الصين منذ سنين عديدة - منذ الحرب - ولذلك قلت لنفسي، لماذا لا أعيد زيارة تشينغ دو Chengdu. هي مدينة من أقدم مدن العالم، ولها تاريخ يعود إلى آلاف السنين.

وكنت بحكم الأوامر قد عُينت في ذلك المكان، ولما رغبت في رؤيتها، أخرجت الكمبيوتر وضغطت على اسم «تشينغ دو»، وفي لمحة كنت أنقل خطواتي في كل أنحاء المدينة. هل تعلم أن لديهم كنسا (جمع كنيس) هناك؟» وقلت: «رائع!» ثم تابع: «يقول لك أحدهم يوجد كنيس هناك، ويوجد كنيس هناك، وهكذا تراني أقفز من كنيس إلى كنيس في مختلف أرجاء المدينة، ويمضي النهار بسرعة، يمضي بسرعة لا تصدق».

يحب لو أن يتمدد في المساء بعد تناول العشاء على سريره، ويضع سماعاته على أذنيه، ويستمع للموسيقى التي تأتيه من الكمبيوتر. وقال عن ذلك: «أنا أحب ذلك الوقت الهادئ من الليل. قد يدهشك مقدار الهدوء، إنه الهدوء الذي يخيّم على كل ما حولك، وأنا أختار قطعا سهلة مستساغة». إنه يستخدم تطبيق باندورا Pandora ويستمع لنوع سلس من الجاز، أو معزوفات بيني غودمان Benny Goodman أو الموسيقى الإسبانية، يختار أي شيء يروق له في تلك الساعة. ويقول: «إنني أستلقي وقتها وآخذ في التفكير».

وفي إحدى زياراتي للو سألته: «ما الذي يجعل الحياة تستحق أن تحياها في نظرك؟».

وتأمل بعض الوقت قبل أن يجيب.

ثم قال: «تمر بي لحظات أقول فيها لنفسي لقد حان الوقت لأمضي عن الدنيا، ولعل هذا يحدث في أحد تلك الأيام التي أكون فيها في أسوأ حالاتي. هناك حد تنتهي عنده الأشياء، أليس كذلك؟ يحدث أحيانا أن أكثر من هذا الكلام وأزعج ابنتي شيلي. أقول لها أحيانا: هل تعلمين ما يفعلون في أفريقيا حينما يصبح الإنسان مسنا إلى حد أنه لم يعد ينتج شيئا؟ كانوا يأخذونه إلى الغابة ويتركونه هناك لتأكله الحيوانات الضارية. وحينما أقول هذا تحسبني مخبولا. وأنا أقول لها: «لا لست مخبولا، فأنا لا أنتج شيئا، وأنا أكلف الحكومة مالا».

وتابع لو: «إنني أفعل هذا على فترات»، ثم أقول: «ولكن حسنا، الأمور هكذا، وعلينا أن نسير مع الركب. فإذا كانوا يقبلون أن يعطوني مكانا، فلمَ لا؟».

كنت أنا ولو نتحدث في غرفة للمعيشة، والمطبخ إلى جوارنا، وللغرفة نوافذ على كلا الجانبين تصل إلى السقف، وكان الصيف على وشك التحول إلى الخريف، والضوء

الذي يصلنا أبيض ويعطي الدفء. وكنا نرى مدينة تشيلسي على مستوى أخفض منا، ونرى خليج برود ساوند Broad Sound الذي يُطِل عليه مرفأ بوسطن على مسافة منا، ونرى السماء من حولنا في كل اتجاه وهي بلون زرقة المحيط. تحدثنا عن قصة حياته، ومر علينا نحو ساعتين، وخطر في بالي وقتها أنني لأول مرة تعيها ذاكرتي لم أشعر بالخوف من أن أصل إلى مرحلة في الحياة مثل مرحلة لو. صار عمر لو أربعا وتسعين، ولا ريب أن مثل هذه السن لا يمكن أن تسحر القلب، فأسنانه مثل حجارة متداعية، ويعاني الألم في كل مفصل من مفاصل جسمه. لقد فقد لو زوجة وولدا، ولم يعد يستطيع التجوال من دون عكازة متعددة الأرجل، غُرِست كرات تنس صفراء في أرجلها الأمامية(*). يحدث أحيانا أن يعاني لو تشوُّشا في عقله، ولاحظت أنه لا يتابع أحيانا خيط الحديث الذي نتحدثه. ولكن من الواضح في الوقت نفسه أنه قادر على العيش بطريقة يشعر فيها بأنه لايزال له مكان في هذا العالم. فهناك من يريد بقاءه. وتحقق هذا للو يعطينا الأمل في أن يحدث لنا ما حدث له.

فالخوف من المرض ومن الشيخوخة ليس مجرد الخوف مما يُجبَر المرءُ على فقده، ولكنه أيضا الخوف من العزلة. فحينما يدرك الفرد أن حياته توشك على الانتهاء، فإنه لا يطلب الكثير، فهو لا يطلب مالا أكثر، ولا يطلب قوة أكثر، إن كل ما يطلبه هو أن يسمح له، قدر الإمكان، بأن يبقى هو الذي يصوغ قصة حياته في هذا العالم، أن تكون له خياراته، وأن يحافظ على علاقاته مع الآخرين وفق ما يضعه هو من أولويات. لقد افترضنا في مجتمعنا الحديث أن الوهن الذي يرافق الشيخوخة واعتماد المرء على غيره قد أطاح بهذه الخيارات. ولكن ما تعلمته من لو - ومن روث باريت وآن بريفمان وريتا خان، وكثيرين غيرهم - أن بقاء الخيارات ممكن جدا.

قال لي لو: «أنا غير قلق على المستقبل. فاليابانيون لديهم كلمة «كارما» وهي تعني أن الشيء إذا كان سيحدث، فليس لدي شيء يمنع حدوثه. أنا أعلم أن وقتي في الدنيا محدود، فقد سعيت فيها وحققت أقصى ما استطعت أن أحققه».

(*) الهدف من هذه العادة لدى كبار السن الأمريكيين هو أن كرات التنس تمكن من سحب العكازة متعددة الأرجل على الأرض في أثناء المشي فلا يُضطر مستعملها إلى رفعها مما يجنِّبه أن يبذل مجهودا جسديا زائدا. [المحرر].

6

التخلّي

«إن المرء يعيش حياة أطول حينما يقل اهتمامه بأن يعيش حياة أطول»

قبل أن أفكر فيما يخبئه المستقبل لمرضاي الأكبر سنا - وهم أشخاص يشبهون كثيرا لو ساندرز والآخرين الذين تحدثنا عنهم في أحوالهم - لم أكن قد غامرت بالخروج من عيادتي الجراحية لأتابع حياتهم. ولكني بعد أن رأيت ما يحصل من تحول في العناية بالمسنين، أدهشتني بساطة الفكرة التي يقوم عليها هذا التحول، والمضامين العميقة بالنسبة إلى الطب، مما شمل حتى ما يحدث في عيادتي. والفكرة البسيطة التي أعنيها أنه حينما تتضاءل وتذوي قدرات الأفراد، سواء بسبب تقدمهم في السن أو بسبب المرض، فإن نجاحنا في تحسين حياتهم كثيرا ما يحتاج إلى إلجام دوافعنا الملحّة النابعة

من كوننا أطباء؛ أي أن نكبح دافعنا إلى مد الأيدي والتصليح والضبط. لم يكن عسيرا عليّ أن ألاحظ أهمية هذه الفكرة للمرضى الذين أقابلهم يوميا في عيادتي، أعني المرضى الذين يواجهون ظروفا قد تودي بحياتهم في كل مرحلة من مراحل الحياة. ولكن هذا يقود إلى سؤال صعب: في أي حالة علينا أن نتدخل لمحاولة إعادة الأمور إلى نصابها، وفي أي حالة علينا ألا نتدخل؟

كانت سارا توماس مونوبولي في سن الرابعة والثلاثين فقط، وكانت حاملا بطفلها الأول، حينما علم الأطباء في المستشفى التي أعمل به أنها في طريقها إلى الوفاة. بدأ الأمر بسعال، وبألم في ظهرها. وظهر من خلال صورة أشعة إكس أن رئتها اليسرى انخمصت(*) وأن صدرها ممتلئ بالسائل. سُحبت عينة من السائل بإبرة طويلة وأُرسلت إلى الفحص. وكانت النتيجة أنهم بدلا من أن يجدوا التهابا كما توقع الجميع، وجدوا أنها مصابة بسرطان الرئة، وقد انتشر فعلا ووصل إلى بطانة الصدر (lining of her chest). لقد مضى على حملها تسعة وثلاثون أسبوعا، وفاتحتها طبيبة التوليد، وهي التي أمرت بفحص العينة، بهذا الخبر وهي جالسة مع زوجها ووالديها. ولم تخض الطبيبة بمستقبل المرض، فهي ستدعو طبيب الأورام ليتنبأ بما سيحدث، ولكن الخبر كان صاعقا لسارا. وأما والدتها التي كانت قد فقدت أعز صديقاتها بسرطان الرئة، فقد بدأت البكاء.

أراد الأطباء أن يسارعوا إلى بدء العلاج، ويعني هذا تحريض المخاض حتى يخرج الطفل. ولكن سارا جلست في هذه البرهة وحدها مع زوجها ريتش في الشرفة الممتدة أمام المستشفى بعيدا عن غرفة التوليد. كان اليوم يوم الإثنين، وكان يوما دافئا من أيام يونيو. أمسكت سارا بيد ريتش، وكان كلاهما يحاول أن يستوعب ما سمع. لم تكن سارا قد دخنت في أي وقت من حياتها، ولم تكن عاشت مطلقا مع شخص مدخن، وكانت تمارس الرياضة، وطعامها جيد. لذلك كان التشخيص محيرا. وقال ريتش: «سيكون الأمر على ما يرام، وسنتغلب على هذه المشكلة. صحيح أن الأمر سيكون صعبا، فلا شك في هذا، ولكن سيكون هناك حل، سنجد العلاج الصحيح». ولكن كان عليهما في هذه اللحظة أن يفكرا في الطفل الآتي.

(*) هي الحالة التي تعرف بانخماص الرئة أو همود الرئة (Collapsed Lung Pneumothorax) . [المحرر].

قال ريتش وهو يتذكر تلك الأحداث: «وهكذا نظرتُ إلى سارا ونظرتْ إليّ، وقلنا: «ليس علينا أن نواجه السرطان يوم الثلاثاء، إنه يوم خالٍ من السرطان. إننا ننتظر الطفل، وهذا مثير، وسوف نستمتع بصحبة طفلنا». وهكذا وُلدت فيفيان مونوبولي في يوم الثلاثاء، عند الساعة 8:55 مساء، وزنها 3.4 كغ، وشعرها بني متموج مثل أمها، وصحتها ممتازة.

في اليوم التالي خضعت سارا لفحص الدم وأجرت تصوير المسح الضوئي لجسمها، وتقابل بول ماركو Paul Marcoux، طبيب الأورام، معها هي وأسرتها، لمناقشة نتائج الفحص. قال لهم الطبيب إن سارا مصابة بسرطان الرئة كبير الخلايا (non-small cell lung cancer) الذي كان قد بدأ في الرئة اليسرى، ولم يكن سبب المرض راجعا إلى شيء قامت هي به، فأكثر من 15 في المائة من سرطانات الرئة يصاب به غير المدخنين[1]، وهي نسبة لا يتصورها الناس. صار مرضها في مرحلة متقدمة، فقد انتقل إلى العقد اللمفاوية في الصدر وبطانته. والسرطان الذي أصابها غير قابل للتغلب عليه بإجراء عملية. ولكن هناك خيارات كامنة في العلاج الكيماوي، وخصوصا علاجا يسمى إيرلوتينيب (Erlotinib)، وهو علاج يستهدف طفرة جينية توجد عموما في سرطان الرئتين للإناث غير المدخنات؛ و85 في المائة منهن يستجبن للعلاج[2]، وأضاف ماركو: «بعض هذه الاستجابات تكون على المدى الطويل».

إن كلمات مثل «يستجيب» و«على المدى الطويل» تعطي بريقا مطمئنا يغلف حقيقة بائسة، فالحقيقة أنه لا يوجد علاج لسرطان الرئة حينما يكون قد وصل إلى هذه المرحلة، وحتى مع استخدام العلاج الكيماوي فإن متوسط ما يعيشه المريض هو عام واحد. ولكنه لم يقل هذا، لأن التصريح به بدا له قاسيا ولا مبرر له في حالة سارا وريتش. ها هي فيفيان في سرير على شكل سلة وُضعت مجاورة لسرير الأم. كان الزوجان يسعيان بقدر الإمكان إلى أن يكونا متفائلين. وكما قالت سارا وريتش للأخصائي الاجتماعي الذي صدرت له الأوامر بالجلوس معهما إنهما لا يريدان أن يركزا على إحصائيات نسبة من يبقى حيا، بل يريدان الهجوم بكل قوة على هذا المرض.

وهكذا كان أن بدأت سارا في تلقي إيرلوتينيب، وهو يحدث طفحا جلديا على الوجه، يسبب الحكة، ويشبه حب الشباب، وشعورا بالتعب يبعث الخدر

في الجسم. وكذلك كان على سارا أن تتحمل تفريغا بالإبرة للسائل المحيط بالرئة، ولكن السائل كان يعود للتجمع، ولهذا كان لا بد من إعادة الإجراء المؤلم مرة بعد مرة، لهذا دُعي جراح صدري ليركب أنبوبة صغيرة دائمة في صدرها، ويمكنها أن تفرغها من خلال تدوير السدادة كلما تجمع السائل وشعرت بأنه يعيق تنفسها. وبعد ولادتها بثلاثة أسابيع أعيد إدخالها إلى المستشفى لمعالجة ضيق شديد في تنفسها بسبب الانسداد الصدري؛ فقد ظهرت خثرة في شريان يصل إلى الرئتين، وهو يشكل خطرا، ولكنه غير غريب بالنسبة إلى مرضى السرطان. وهكذا بدأت تُعطى مسيلا للدم. وظهر في الفحوص التالية أن الخلايا السرطانية لدى سارا لم تكن مصابة بالطفرة التي يستهدفها إيرلوتينيب. وحينما أخبر ماركو سارا أن العلاج المذكور لن ينفع معها، كان رد فعلها الجسمي تجاه الأخبار عنيفا إلى حد ما، إذ اندفعت إلى الحمام في وسط المحادثة بسبب نوبة مفاجئة من الإسهال.

وأمر ماركو بعلاج كيماوي آخر، وهو تقليدي أكثر من الأول، يتكون من علاجين هما كاربوبلاتين (Carboplatin) وباكليتاكسل (Paclitaxel)، ولكن العلاج الثاني، باكليتاكسل، أثار مقدارا ضخما من رد الفعل على شكل حساسية لا تكاد تحتمل، ولهذا نقلها ماركو إلى مجموعة علاجية من كاربوبلاتين مع جيمسيتابين (Gemcitabine)، وقال حينها إن استجابة المرضى لهذا العلاج لاتزال جيدة جدا.

قضت سارا بقية الصيف في البيت، مع فيفيان وزوجها ووالديها، فقد انتقل والداها إلى السكنى معها حتى يقدما ما يمكن من مساعدة. كان يسعدها أن تشعر بأنها أم. بدأت سارا بين كل دفعتين من العلاج الكيماوي تحاول أن تستعيد حياتها.

ثم أُجري لها في أكتوبر تصوير المسح الضوئي، وظهر من خلاله أن تراكم الترسبات السرطانية في الجانب الأيسر من صدرها وفي عقدها اللمفاوية قد تزايد بشكل كبير، ومعنى هذا أن العلاج الكيماوي قد فشل. تقول الدراسات إن العلاج الكيماوي يمكن أن يمنح فرصة حياة أطول بشكل لافت لدى بعض المرضى[3]، ولكن الحقيقة أن نسبة المرضى الذين أفادوا منه كثيرا نسبة قليلة، ومعدل ما أتاح هذا العلاج من تطويل للحياة هو شهران، بحيث يعيش الفرد ثلاثة عشر شهرا بدلا من أحد عشر شهرا، وهذا لا ينطبق على المرضى من أمثال سارا، بل على المرضى الذين استجابوا للمجموعة الأولى من العلاج الكيماوي.

بذلت سارا أقصى ما لديها من طاقة، لكي تتعامل مع النكسات والآثار الجانبية وكأنها شيء مفروض متقبل. كانت بطبيعتها متفائلة، وقد حاولت الآن الحفاظ على تفاؤلها. ولكن لا مفر من حقيقة أن مرضها كان يزداد باستمرار: أن شعورها بالإعياء يتزايد باستمرار، وأن تنفسها صار أضيق فأضيق. ففي غضون أشهر بدت كأنها قد تقدمت في العمر عقودا. وبحلول شهر نوفمبر لم يعد لديها من قوة النفَس ما تقطع به مسافة الرواق الواصل بين مرآب السيارات وعيادة ماركو، ولهذا كان زوجها ريتش يدفعها في كرسي العجلات.

وأعيدَ فحصها بتصوير المسح الضوئي قبل عيد الشكر(*) بأيام، وكانت النتيجة أن المجموعة الثالثة من العلاج الكيماوي، وهي بيميتريكسيد (Pemetrexed)، لم تنجح معها أيضا، فقد انتشر سرطان الرئة، ووصل إلى الكبد، وإلى بطانة بطنها، وإلى عمودها الفقري. لقد بدأ الوقت ينفد.

وصلنا الآن إلى نقطة في قصة سارا علينا فيها أن نطرح هذا السؤال الصعب، وهو سؤال يواجه في الواقع كل واحد منا يعيش في هذه الفترة من فترات الطب الحديث: ماذا نريد من سارا وأطبائها أن يفعلوا الآن؟ أو لنضع السؤال في صيغة أخرى: لو كان أحدنا هو الذي أصيب بالسرطان الانتقالي - بل ربما نقول: لو أصيب بأي حالة مرضية متقدمة وغير قابلة للشفاء - فماذا يريد من أطبائه أن يفعلوا؟

صارت هذه القضية في بؤرة الاهتمام في السنوات الأخيرة بسبب موضوع التكاليف. فتكاليف العناية بالصحة ارتفعت في السنين الأخيرة إلى حد أصبحت فيه أكبَرَ ما يهدد قدرة أكثر بلاد العالم تقدما على الوفاء بالتزاماتها المالية، وسبَّبَ انحدار تلك البلاد إلى مستوى لا قيامة لها منه. ففي الولايات المتحدة تجد أن 25 في المائة من الإنفاق على نظام العناية الطبية الحكومي ميديكير (Medicare) يذهب إلى 5 في المائة من المرضى الذين هم في آخر سنة متوقعة لهم في الحياة[4]، بل أغلب ذلك ينفَق على العناية الطبية بهؤلاء الذين هم في آخر شهرين من حياتهم المتوقعة، إذ لا يكون هناك من فائدة واضحة للإنفاق. لعل الكثيرين يفكرون أن الولايات المتحدة هي في هذا حالة غير عادية، ولكن الوقائع تدل على أنها قد لا تكون

(*) رابع خميس من نوفمبر. [المترجم].

مختلفة جدا عن غيرها من الدول المتقدمة. صحيح أن المعلومات التي لدينا عن البلاد الأخرى محدودة أكثر[5]، ولكن حيثما تتوافر المعلومات – في بلاد كهولندا مثلا أو سويسرا – فإن النتائج تكون مشابهة لما في الولايات المتحدة.

فالإنفاق على مرض كالسرطان يتبع نهجا معينا[6]، فهناك تكاليف عالية في البداية لمعالجة السرطان، ومن ثم فإذا سارت الأمور على ما يرام، فإن تلك التكاليف تتناقص. أظهرت دراسة أجريت في العام 2011 مثلا أن معدل الإنفاق الطبي على مريضة سرطان الثدي يقدر في السنة الأولى من التشخيص بـ 28 ألف دولار، ومعظم هذا يذهب إلى الفحص الأول التشخيصي والجراحة، وإذا احتاج الأمر فإلى الإشعاع والعلاج الكيماوي. ثم تنخفض التكاليف بعد ذلك إلى ألفي دولار في العام. ولكن بالنسبة إلى المريض الذي يظهر أن مرض السرطان سيؤدي إلى وفاته، فإن منحنى التكاليف يأخذ شكل الحرف يو «U»، بحيث إنه يتزايد في النهاية إلى معدل يبلغ 94 ألف دولار في آخر عام من حياة المريضة التي يكون لديها سرطان ثدي انتقالي. فنظامنا الصحي رائع حينما يحاول دفع شبح الموت بأن يستخدم العلاج الكيماوي بتكلفة 12 ألف دولار في الشهر، بالإضافة إلى أربعة آلاف دولار يوميا للعناية المركزة، وسبعة آلاف دولار في الساعة للجراحة. ولكن الموت يأتي في النهاية، ويندر من الناس من يعرفون متى عليهم أن يتوقفوا عن محاولة درئه.

كنت مرة أزور مريضا في وحدة العناية المركزة، في المستشفى الذي أعمل به، وتوقفت لأتحدث مع الطبيبة المناوبة للحالات الحرجة، وهي طبيبة أعرفها منذ أيام دراسة الطب. قالت الطبيبة بصوت بائس: «إنني أشرف على مستودع للمرضى المحتضرين». وأضافت أنه من بين كل عشرة مرضى في الوحدة التي تشرف عليها، ليس هناك أمل إلا لاثنين منهم في أن يغادرا المستشفى وهما على قيد الحياة. بينما المريض النمطي هو امرأة في سن تقارب الثمانين، تشارف على نهاية حياتها، مصابة بقصور القلب الاحتقاني (congestive heart failure) غير القابل للشفاء، وقد أدخلت وحدة العناية المركزة للمرة الثانية في غضون ثلاثة أسابيع، وأعطيت من الأدوية المخدرة ما جعلها غائبة عن الوعي، والأنابيب موصولة بها من خلال الفتحات الطبيعية، إلى جانب بعض الفتحات الاصطناعية. وحالة نمطية أخرى هي مريضة عمرها سبعون عاما، مصابة بالسرطان الانتقالي الذي وصل إلى رئتيها

وعظمها، ومصابة بذات الرئة الفطري (fungal pneumonia) وهو لا يظهر إلا في المراحل الأخيرة من المرض. كانت قد امتنعت عن معالجة المرض، ولكن طبيب الأورام الذي عالجها دفعها إلى تغيير موقفها، وركب لها جهاز تنفس اصطناعي، وبدأ بإعطائها مضادا حيويا. وكانت هناك امرأة أخرى، في الثمانينيات، وعندها فشل تنفسي وكلوي في مراحلهما الأخيرة، وقد قضت في الوحدة أسبوعين. كان زوجها قد توفي بعد صراع طويل مع المرض، وقد ظل حتى وفاته يتغذى من خلال أنبوب، وفي رقبته أنبوبة تنفس (tracheostomy)، قالت العجوز إنها لا تريد أن تموت كما مات زوجها. ولكن أبناءها لم يتصوروا أن يتركوها تموت بلا مقاومة، وطلبوا من المستشفى أن يمضي في تركيب مختلف الأجهزة: أنبوبة تنفس دائمة، وأنبوبة تغذية، وقسطرة تنقية الدم (dialysis catheter). وهكذا أصبحت الآن مربوطة في وحدة العناية المركزة بمختلف المضخات، تفقد وعيها مرارا وتستعيده.

وكل هؤلاء المرضى تقريبا يدركون منذ وقت لا بأس به أن حالتهم لا شفاء منها. ومع ذلك فشأنهم – كما هو شأن أسرهم وأطبائهم – أنهم غير مستعدين للمرحلة النهائية.

قالت زميلتي الطبيبة: «إن المحادثات التي نجريها الآن مع المرضى حول الطريقة التي يرغبون في أن تنتهي حياتهم بها أكثر بكثير مما أجروه في محادثات حول هذا في أي مرحلة سابقة من حياتهم حتى الآن. ولكن المشكلة أن الموضوع لم يُفتح معهم حتى فات الوقت جدا».

في العام 2008 نشر المشروع الوطني للتصدي للسرطان (The National Coping with Cancer Project) دراسة ظهر من خلالها أن المرضى مرضا لا يرجى برؤه والذين رُكّب لهم جهاز تنفس اصطناعي[7]، وأجريت لهم إزالة رجفان كهربائي (electrical defibrillation)، أو ضغطات للصدر (chest compressions) أو أُدخلوا قبيل الموت إلى العناية المركزة، كانت نوعية الحياة التي عاشوها أسوأ بمقدار ملحوظ من أولئك الذين لم تُجرَ لهم أمثال هذه التدخلات. كما أن من يعتنون بهؤلاء من أهليهم ظهر عليهم مقدار من الاكتئاب بعد ستة أشهر من وفاة المريض أكثر بثلاث مرات ممن لم يتلق مرضاهم تلك التدخلات. إن قضاء المريض آخر أيامه في وحدة العناية المركزة معانيا مرضا لا يرجى له شفاء هو في نظر أكثر الناس نوع

من الفشل. فهذا المريض مرتبط بجهاز التنفس الصناعي، وكل عضو من أعضائه يشارف على نهاية عمله، وعقله في اضطراب بسبب الهذيان، ولا يكاد يدرك الحقيقة التي يمر بها، وهي أنه لن يغادر هذا المكان المضاء بأنوار النيون حيا. وحينما تأتي النهاية، لا يجد المرء فرصة لأن يودع أحبابه أو أن يقول لهم: «سيكون الأمر على ما يرام!» أو «أنا آسف» أو «أحبك»!

فالناس الذين يعانون أمراضا خطيرة لديهم أولويات أخرى إلى جانب مجرد تطويل حياتهم[8]. فقد ظهر من خلال الإحصاء أن ما يتربع على قمة الاهتمام لدى هؤلاء هو تجنب المعاناة، وتقوية العلاقات مع أفراد أسرهم وأصدقائهم، وأن تحافظ عقولهم على وعيها، وألا يكونوا عبئا ثقيلا على الآخرين، وأن يصلوا إلى الشعور بأن الحياة قد تمت. وقد فشل نظام العناية الطبية التقنية لدينا فشلا ذريعا في تحقيق الغايات التي يريدها المريض كما ذكرنا، وكلفة هذا الفشل تقاس بأشياء أخرى غير الدولارات. لذلك فالسؤال ليس هو كيف يمكننا أن نغطي تكاليف هذا النظام، بل هو كيف نبني نظاما للعناية الطبية يقدم مساعدة حقيقية لتمكين الناس من تحقيق أهم شيء بالنسبة إليهم في أيامهم الأخيرة.

لم يكن هناك مجال في الماضي لنفكر في مثل هذا السؤال، حينما كان الموت يأتي أشبه بضربة قاضية. صحيح أن بعض الأمراض والأحوال كان لها تاريخ طبيعي متطاول الأمد – والسل هو المثل النمطي في هذا الخصوص – من دون أن يوجد مجال لتدخل الطب الحديث، الذي يستخدم طرقا مثل تصوير المسح الضوئي لتشخيص المشكلات في مرحلة مبكرة، وليجري معالجتها من أجل تطويل الحياة، بل كانت الفترة ما بين الكشف عن مرض أو حالة تهدد الحياة وحدوث الموت لا تزيد عموما على أيام أو أسابيع. يمكن للقارئ أن يفكر في رؤساء الولايات المتحدة قبل العصر الحديث، وكيف كانت وفاتهم: جورج واشنطن مثلا أصيب بمرض في الحلق وهو في بيته، وذلك في الثالث عشر من ديسمبر من العام 1799، وكانت وفاته في مساء اليوم التالي، وجون كوينس آدامز، وميلارد فيلمور، وأندرو جونسون، سقط ثلاثتهم ضحية سكتة دماغية كان بينها وبين وفاتهم يومان فقط. وأصيب روذرفورد هايز بنوبة قلبية مات على إثرها بعد ثلاثة أيام. وكان هناك من الرؤساء من أتيحت لهم فترة أطول قبل الوفاة: فجيمس مونرو وأندرو جاكسون تُوفيا نتيجة للهزال

المتزايد الناجم عن السل، فكان مجيء الوفاة أبطأ، ولكنه أرهب، وأما يوليسيس غرانت فقد أصابه سرطان الفم، واستغرقت وفاته بهذا المرض عاما. ولكن كما بينت الباحثة في نهاية الحياة جوان لين Joanne Lynn فإن الناس كانوا يتعاملون عموما مع المرض المهدد للحياة كما يتعاملون مع الطقس السيئ، أي أنه شيء يضرب ضربته بلا إنذار، ولا يعلم الفرد هل يخرج منه حيا أو لا يخرج[9].

كان الموت مرتبطا بمجموعة محددة من العادات، وقد نالت شروح كتاب «فن الموت: أرس مورينيدي» Ars Moriendi رواجا شديدا[10]، فقد نشر كتاب من هذا النوع باللاتينية في العام 1415 وأُعيدت طباعته أكثر من مائة طبعة في كل أرجاء أوروبا. كان الناس يعتقدون أن الموت يجب أن يُقبَل من دون انفعالات، من دون خوف أو رثاء للنفس، ومن دون تعليق الأمل بأي شيء إلا عفو الله. كان من الضروري في نظر تلك الأيام أن يؤكد من يواجه الموت إيمانه، وأن يتوب من ذنوبه، وأن يتخلى عن ممتلكاته الدنيوية ورغباته، وكان المرشدون يقدمون للعائلات نسخا من الصلوات المطلوبة، والأسئلة التي تخطر في البال بمناسبة الموت، وذلك حتى يلاقي المرء الموتَ وقد استعد بالحالة النفسية المناسبة في الساعات الأخيرة. وكانت آخر كلمات المرء وهو يفارق الحياة تعطَى تقديسا خاصا[11].

اختلف الأمر اختلافا جذريا في أيامنا عن ذلك، فالمرض الكارثي السريع ليس القاعدة بل الاستثناء[12]؛ إذ إن الموت لا يأتي بالنسبة إلى أكثر الناس إلا نتيجة لصراع طبي طويل، يكون في نهايته حالة لا مجال لصدها... حالة مثل السرطان في مراحله المتقدمة، أو الخرف، ومرض باركنسون، وفشل الأعضاء المستفحل (ويحتل القلب في ذلك المركزَ الأول، تليه من حيث التعداد الرئتان، ثم الكليتان، ثم الكبد)، أو تكون خليطا من أنواع الوهن المتراكم في حالة الشيخوخة الشديدة. في كل هذه الحالات يكون الموت مؤكدا، ولكن توقيته لا يكون كذلك، ولذلك فإن كل إنسان يصارع انعدام التأكد هذا، والمتمثل في السؤالين: «كيف» و«متى» سيموت، إلى أن يُسلِّم بأن المعركة خاسرة. ولم يعد يكاد يخطر ببال الناس ما آخر الكلمات التي سينطقونها. تستطيع التقنية أن تدعم أجهزة جسمنا إلى فترة تتجاوز بكثير آخر لحظة في وعينا ووضوح تفكيرنا. أضف إلى ذلك أن المرء يتساءل كيف نهتم بتفكير المحتضر واهتماماته بعد أن وصل الطب إلى مرحلة أصبح من المستحيل خلالها

تقريبا أن نؤكد ما إذا كان المريض محتضرا؟ فهل يعتبر المصاب بالسرطان في أشد حالاته، أو بالخرف، أو بأزمة قلبية لا علاج لها محتضرا، هل يحتضر حقا؟

كنتُ الجراح المخوَّلَ حالةَ امرأة في الستينيات من عمرها، وكانت تعاني ألما شديدا في صدرها وبطنها، وذلك بسبب انسداد في الشرايين أدى إلى تمزق في القولون، مما أدى إلى أزمة قلبية، وأصيبت بـ «صدمة تعفن» (septic shock) وفشل كلوي. أجريتُ عملية مستعجلة لإزالة قطعة مصابة من القولون وعمل فتحة شرجية اصطناعية (colostomy)، وعمد طبيب القلب إلى تركيب شبكة لفتح شرايينها التاجية. كما أمرنا بإخضاعها لغسل الكلى، وبتركيب جهاز تنفس اصطناعي، وبالتغذية عن طريق الأوردة (intravenous)، وهكذا استقر وضعها. لكن ظهر بعد أسبوعين أنها لن تتحسن كثيرا، فصدمة التعفن أدت إلى نشوء أزمة قلبية وأزمة تنفس، وأصيبت قدمها بغنغرينا جافة، مما يعني ضرورة بترها. كان في بطنها جرح كبير مفتوح، ترشح منه محتويات الأمعاء، مما يعني ضرورة تغيير الضمادات عليه مرتين في اليوم، وعلى مدى أسابيع، وتطهيره حتى يمكن برؤه، ولن تستطيع أن تأكل في هذه الفترة. وهي تحتاج أيضا إلى فتحة اصطناعية في الرقبة لأجل التنفس (tracheostomy). أما كُليتاها فقد توقفتا عن العمل، ولا بد لها من أن تخضع لغسل الكلى ثلاثة أيام من كل أسبوع حتى آخر حياتها.

لم تكن هذه المرأة متزوجة، فهي بلا أولاد. لهذا جلستُ مع أخواتها في غرفة العائلات التابعة لوحدة العناية المركزة لنتحدث عما إذا كان علينا أن نمضي في البتر وفتحة التنفس أم لا.

سألتني إحدى أخواتها: «هل هي في طريقها إلى الموت؟».

لم أعرف كيف أجيب، فحتى كلمة «الموت» ليست واضحة تماما في عصرنا. لقد جعل علم الطب، في تطوره على مدى العقود القليلة الماضية من خبرة القرون السابقة وتقاليد الماضي ولغة الماضي، معنى وفاة الإنسان شيئا عفَّى عليه الزمن، وأوجد بدلا منها مشكلة جديدة تواجه البشرية: كيف نواجه الموت؟

قمت في صباح أحد أيام الجمعة من فصل الربيع بجولة على المرضى مع سارا كريد Sarah Creed، وهي ممرضة متفرغة لخدمة «الهوسبيس» (hospice)، وهي خدمة يديرها نظام المستشفى الذي أعمل فيه. لم أكن أعلم الكثير عن خدمة

الهوسبيس، بل كان ما أعرفه هو أنها مخصصة لـ «توفير الراحة» للمرضى الذين تبين أنه لا شفاء لهم؛ تكون مثل هذه العناية أحيانا في مرافق خاصة، وإن كانت قد نقلت في هذه الأيام إلى البيوت. كنت أعلم أنه حتى يعتبر مريض من مرضاي مؤهلا للعيش وفقا لنظام الهوسبيس، فإن عليّ أن أكتب ملاحظة تثبت أن أمامه – أو أمامها – أقل من ستة أشهر متوقعة من الحياة. وقد عرفت أيضا بعض المرضى الذين اختاروا هذا المكان، لكنهم في آخر أيامهم يكونون مجبرين على المكوث فيه، فهم يُلزمون حينئذ بتوقيع استمارة تصرح بأنهم يفهمون أن مرضهم لا يُرجى برؤه، وأنهم لا يطلبون بعد توقيعهم أي عناية طبية تهدف إلى إيقاف المرض. قبل زيارتي ذلك المكان، كانت الصورة التي تتبادر إلى مخيلتي بمجرد أن أتذكر خدمة الهوسبيس هي صورة «ستّالة المورفين» Morphine Drip. إنه يختلف اختلافا بينا عن الصورة التي تمثلها تلك الممرضة السابقة في وحدة العناية المركزة ذات الشعر البني والعينين الزرقاوين، وحول عنقها سماعة الطبيب، تطرق على باب لي كوكس في صباح يوم هادئ في حي ماتابان في بوسطن.

قالت الممرضة كريد وهي تدخل المنزل: «مرحبا يا لي!».

وردت لي كوكس: «مرحبا يا سارا!». ولي كوكس مريضة في الثانية والسبعين من عمرها، وقد مرت عليها الآن عدة سنوات وصحتها في تدهور، فهي مصابة بقصور «القلب الاحتقاني» congestive heart failure بسبب الأزمة القلبية و«التليف الرئوي» pulmonary fibrosis، وهو مرض رئوي مستفحل وغير قابل للتراجع. حاول الأطباء تبطيء المرض بـ «الستيرويدات» Steroids، ولكن لم يفلحوا في ذلك. كانت تأتي على الدراجة إلى المستشفى وتعود منها، وكل مرة تكون حالتها أسوأ. وقبلت أخيرا بأن ترضى بالعناية التي يوفرها الهوسبيس، واستقرت في المكان، ترافقها ابنة أخيها لتقدم لها الدعم. كانت لا تعيش من دون الأكسجين، ولا تستطيع أن تقوم بأكثر الأمور اليومية، فحتى الجهد الذي بذلته في الإجابة عن أسئلة الطبيب، وهي تسحب أنابيب الأكسجين التي يبلغ طولها عشرة أمتار، تركها مقطوعة النفس، مما اضطرها إلى الوقوف برهة للراحة، وشفتاها مضمومتان، وصدرها يصعد ويهبط من الإنهاك.

أمسكت الممرضة سارا كريد بيَد لي كوكس بلطف في أثناء سيرنا إلى المطبخ حتى نجلس هناك، وهي تسألها عن أحوالها. ثم سألتها الممرضة سلسلة من الأسئلة،

وهي أسئلة تركز على أمور يغلب أن تظهر في حال المرضى الذين لا يرجى برؤهم. سألتُها مثلا هل تشعر بالألم؟ كيف هي شهيتها للطعام؟ وكم تشعر بالعطش، وكم تنام؟ وسألتها عما إذا كانت تعاني تشوشا في الذهن، أو القلق، أو الضجر؟ هل ازداد ضيق تنفسها؟ هل تشعر بألم في الصدر أو من خفقان في القلب، وهل من انزعاج في البطن؟ هل هناك مشكلات في الإمساك أو في التبول أو في المشي؟

قالت لي إن لديها بعض المشكلات الجديدة، فحينما تمشي من غرفة النوم إلى الحمام، فهي تحتاج الآن كما قالت إلى خمس دقائق حتى تسترد نَفَسَها، وهذا يخيفها، كما قالت إن لديها ألما في الصدر. ثم سحبت الممرضة سارا جهاز قياس الضغط من حقيبتها الطبية، ولدى القياس تبين أن ضغط الدم لدى لي معقول، ولكن سرعة نبضات القلب عالية. استمعت سارا كريد لقلب لي كوكس، وظهر أن وتيرة النبضات طبيعية، واستمعت إلى رئتيها، وسمعت القرقعة الدقيقة الصادرة عن التليف الرئوي، ولكن كان إلى جانب ذلك صوت أزيز جديد. لاحظت الممرضة أن كاحلي قدمي لي كوكس منتفخان بالسائل، وحينما طلبت أن ترى علبة الأدوية الخاصة بها لاحظت أنها قد نفد لديها دواء القلب. وطلبت سارا أن ترى جهاز الأكسجين الذي تتنفس منه لي، فوجدت أن أسطوانة الأكسجين السائل تحت سريرها الحسن الترتيب مملوءة وتعمل بشكل جيد، غير أن جهاز تحويل الأكسجين إلى رذاذ قابل للاستنشاق كان معطوبا.

وهكذا تبين أنه بغياب دواء القلب والعلاج بالاستنشاق لا يكون مستغربا أن حالة لي كوكس قد تدهورت. لهذا اتصلت الممرضة سارا بالصيدلية المسؤولة عن لي كوكس، وقالوا في الصيدلية إن الأدوية اللازمة لملء علبة لي كوكس جاهزة منذ فترة، ولهذا اتصلت سارا كريد بابنة شقيق لي كوكس لتحضر الدواء في طريقها من عملها إلى هنا. كذلك اتصلت ببائع أجهزة الرذاذ لإجراء صيانة مستعجلة لا تتجاوز اليوم الواحد. بعد ذلك أخذت سارا تتحدث مع لي كوكس في المطبخ لمدة دقائق، وكانت معنويات لي منخفضة، فأخذت سارا بيدها، وقالت إن الأمور ستكون على ما يرام، وذكرتها بالأيام الجميلة في الماضي: نهاية الأسبوع الماضي مثلا، حينما استطاعت أن تخرج على رغم ماسورة الأكسجين المحمولة معها لتتسوق برفقة ابنة أخيها، ولتصبغ شعرها.

سألتُ لي كوكس عن حياتها السابقة، فقالت إنها كانت تعمل في صناعة الراديو في مصنع بمدينة بوسطن. وقد رُزقت هي وزوجها طفلين وعددا من الأحفاد.

وحينما سألتها لماذا اختارت العناية التي يوفرها الهوسبيس، بدا عليها نوع من الاكتئاب، وقالت: «لقد قال لي طبيب الرئة وطبيب القلب إنه ليس لديهما مجال لمساعدتي بعد الآن». ونظرت إليَّ سارا كريد محملقة، كأنها تذكرني بأن أسئلتي أعادت إلى لي كثيرا من حزنها.

ثم أخبرتنا لي كوكس بقصتها مع المحن التي تسببها الشيخوخة، وهي محن زاد من شدتها أن حل بها مرض كانت تعلم أنه سيقضي عليها يوما ما. وأضافت: «من الجميل أن تكون إلى جانبي ابنة أخي وزوجها وأن يساعدا في الإشراف عليّ كل يوم. ومع ذلك فهذا ليس بيتي، بل أشعر بأنني عثرة في الطريق». وهكذا فإن عيش الأجيال بعضها مع بعض لم ينجح هنا أيضا في تحقيق ما يعلق عليه من أحلام والصورة المثالية التي يأملها من يتمسكون به.

وفي النهاية عانقتها سارا كريد مرة أخرى، وأوصتها وصية أخيرة: «ماذا تفعلين إذا جاءك ألم الصدر ولم يذهب؟»، وكان جواب لي كوكس: «سآخذ نترو»، وهي تشير بهذا إلى حبة نتروجليسرين التي يمكن لها أن تضعها تحت اللسان.

وسألتها سارا ثانية: «وماذا أيضا؟».

«أتصل بك».

«وأين الرقم؟».

وأشارت إلى رقم الاتصال النشط داخل الهوسبيس على مدى أربع وعشرين ساعة والذي هو على بطاقة ملصقة بجانب هاتفها.

واعترفتُ لسارا بعد أن خرجنا بأن ذهني تشوش حول ما قصدته سارا كريد بهذا السلوك الذي رأيته. لقد بدا أن أكثر ذلك السلوك يهدف إلى إطالة عمر لي كوكس، ولكن أليس المطلوب في الهوسبيس أن تُترك الطبيعة تجري مجراها حول حياة المرضى؟

وكان جواب الممرضة سارا: «لا، ليس هذا هو الهدف»، ثم أوضحت أن الفرق بين العناية الطبية النمطية والعناية في الهوسبيس ليس هو الفرق بين العلاج الطبي وعمل لا شيء. بل الفرق هو في ترتيب الأولويات، ففي الطب العادي يكون الهدف

هو إطالة الحياة، لهذا يتخلى العمل الطبي في هذا الوضع عن مراعاة رضى المريض عن راحته؛ فقد يتطلب الطب إجراء الجراحة، أو العلاج الكيماوي، أو وضع المريض في العناية المركزة. بينما في الهوسبيس تستخدم خدمات الممرضات والأطباء ورجال الدين والعاملين الاجتماعيين لتساعد الناس الذين يعانون مرضا لا برء منه على أن تكون حياتهم الحالية أفضل ما يمكن، بالطريقة نفسها التي يساعد بها المصلحون لبيوت التمريض باستخدام فريق العمل الناسَ الذين يعانون أنواعا من العجز. ويعني هذا بالنسبة إلى المصابين بأمراض لا يرجى البرء منها التركيز على أهداف مثل الخلو من المعاناة أو المحافظة على الوعي العقلي لأطول وقت ممكن، أو الخروج مع العائلة مرة بين الفينة والأخرى – أي أن التركيز ليس على ما إذا كانت حياة لي كوكس ستكون أطول أو أقصر. على كل حال، فحينما نقلت لي كوكس إلى العناية في الهوسبيس كان أطباؤها يعتقدون أنها لن تعيش أكثر من بضعة أسابيع، ولكن بالعلاج الداعم الذي يقدمه الهوسبيس والذي تلقته هذه المريضة فقد عاشت عاما حتى الآن.

والهوسبيس ليس خيارا سهلا يختاره المريض، فممرضة الهوسبيس تدخل حياة النزلاء في وقت غريب – حين فهموا أنهم يعانون مرضا لا شفاء منه، ولكن هذا لا يعني أنهم يقرون بأنهم يحتضرون. تقول سارا كريد: «أنا أقدِّر أن ربع المرضى في الهوسبيس قد قبلوا حقيقة ما فرضه عليهم قدرهم في وقت إدخالهم إلى الهوسبيس»، فحينما تقابل سارا مريضا ما لأول مرة، فإنها كثيرا ما تجد أن ذلك المريض يعتقد ببساطة أن أطباءه قد تخلوا عنه. وأضافت سارا: «يفهم 99 في المائة منهم أنهم اقتربوا من الموت، ولكن 100 في المائة منهم يأملون أنهم لم يقتربوا منه. فهم يتمسكون برغبتهم في أن يهزموا المرض الذي أصابهم». فزيارتها الأولى تكون دائما محفوفة بالصعوبات، ولكنها اكتشفت طرقا للتغلب على تلك الصعوبات. قالت عن ذلك: «ليس لدى الممرضة سوى خمس ثوانٍ لكسب محبة المريض وثقته، وهذا يتمثل في مجمل الطريقة التي تقدم الممرضة بها نفسها. فحينما ألاقي المريض لا أقول: أنا آسفة جدا لحالتك، بل أقول: أنا ممرضة الهوسبيس، وهذا ما لدي لجعل حياتك أفضل، وأنا أعلم أننا لا نملك أن نضيع أي وقت».

كانت هذه هي الطريقة التي افتتحت سارا كريد بها العمل مع ديف غالووي، الذي زرناه بعد أن تركنا مسكن لي كوكس. وديف غالووي مريض عمره اثنان

وأربعون عاما. كان في السابق، هو وزوجته شارون، من عمال الإطفاء في بوسطن، ولهما ابنة عمرها ثلاث سنوات. أصيب غالووي بسرطان البنكرياس، ثم انتشر السرطان، فالقسم الأعلى من بطنه الآن صلب بسبب الورم. كثيرا ما أصبح الألم لا يُحتمل على مدى الشهور السابقة، وقد أدخل المستشفى عدة مرات لأزمات الألم. وفي المرة الأخيرة التي أُدخل فيها، وذلك منذ نحو أسبوع من لقائنا إياه، وجد أن الورم قد اخترق أمعاءه. لم يكن هناك حتى مجرد حل مؤقت لمشكلته. وقد حقنه الفريق الطبي بمغذٍ، وعرضوا عليه الاختيار بين أن يحول إلى وحدة العناية المركزة أو أن يعيش في مسكن تتوافر فيه عناية الهوسبيس، فاختار الحل الثاني.

قالت لي سارا كريد: «كنت أتمنى لو دعينا إلى العناية به في وقت أبكر». فحينما قيّمت هي والدكتورة جوآن نواك Joanne Nowak، الطبيبة المشرفة على الهوسبيس وضع غالووي وقتَ إدخاله في خدمة الهوسبيس، ظهر كأنه ليس لديه أكثر من بضعة أيام من الحياة، فعيناه غائرتان، ويتنفس بصعوبة، وكل نصفه الأسفل متورم بالسوائل، إلى حد أن جلده كان يتقرح ويسيل، وكان في شبه الهذيان بسبب الألم في بطنه.

وبدأوا إجراءات العناية به، فقد ركبوا له مضخة ألم لها زر بحيث يمكنه أن يضخ مقدارا أكثر من المادة المخدرة مما هو مسموح به، وهيأوا له سريرا كهربائيا من المستشفى، بحيث يستطيع أن ينام وظهره مرفوع، وعلّموا زوجته شارون كيف تحافظ على نظافة ديف، وكيف تقي جلده من التفسخ، وكيف تتعامل مع الأزمة المقبلة. أخبرتني سارا كريد أن إحدى مهماتها هي أن تدرس قدرات أُسرة المريض، وحينما درست قدرات شارون أدهشها مقدار مهارتها النادرة. كانت شارون مصممة على أن تعتني بزوجها إلى النهاية، ولعل عملها في مجال الإطفاء جعلها تتمتع بسهولة التكيف مع الأزمة، وبالمهارة اللازمة لعمل ما يجب. لم ترغب شارون في توظيف ممرضة للمهمات الخاصة، بل تسلمت كل مهمات العناية بزوجها، من الأنابيب الداخلة في الأوردة، إلى أغطية الفراش، إلى تنظيم أدوار أفراد العائلة في مساعدتها حينما تحتاج إلى المساعدة.

طلبت سارا كريد «حزمة الراحة» كانت قد جمعتها بنفسها خصيصا لتأتي عن طريق شركة فيدكس ولتكون تحت اليد في الثلاجة الصغيرة الموضوعة إلى جوار

سرير ديف. في هذه «الحزمة» جرعة من المورفين للألم الذي لا يحتمل أو لانقطاع النفس، كما تحوي أتيفان Ativan لنوبات القلق، وكومبازين Compazine ضد الغثيان، وهالدول Haldol ضد الهذيان، وتايلينول Tylenol ضد الحمى، وأتروبين Atropine لتجفيف البلل في أعلى مجرى الهواء الذي قد يحدث للأفراد في ساعاتهم الأخيرة إثر الحشرجة. وقد أعطيت التعليمات لشارون بأنه في حالة حدوث أي من هذه المشكلات فإن عليها أن تدعو ممرضة الهوسبيس المناوبة، حيث تستمر المناوبات أربعا وعشرين ساعة في اليوم، وهذه ستعطيها التعليمات حول أفضل الأدوية المناسبة لإنقاذ الحالة، وهي في الوقت نفسه تكون مستعدة لأن تأتي شخصيا إذا دعت الضرورة إلى ذلك.

واستطاع ديف وشارون أخيرا أن يناما ليلة كاملة في السكن المخصص لهما. كانت كريد، أو ممرضة أخرى، تأتي كل يوم لتفقد أحوال ديف، وأحيانا تزورهما مرتين. وفي الأسبوع الأول من هذا الترتيب اتصلت شارون ثلاث مرات عبر خط الهوسبيس الخاص بالطوارئ لتحصل على المساعدة في التعامل مع أزمات الألم عند ديف، أو للتعامل مع الهذيان. وبعد عدة أيام استطاعا حتى أن يخرجا إلى مطعم مفضل لديهما، ولم يكن جائعا، ولكنهما ذهبا لمجرد الاستمتاع بزيارة المكان، وما يحمل من ذكريات.

قالت شارون إن أصعب جانب من الأمور حتى الآن هو اتخاذ القرار حول التخلي عن لترين من المغذيات التي تأتي ديف من طريق الوريد كل يوم، فمع أن هذه المغذيات كانت مصدر السعرات الحرارية الوحيد لديف فإن طاقم العمل كانوا يؤيدون إيقاف هذا المصدر لأن جسمه لم يكن يبدو أنه يمتص هذا الغذاء. فضخ السكريات والبروتينات والدهون كان يزيد من مقدار الألم الذي يسببه التورم في جلده ومن ضيق تنفسه، فما الغاية من ذلك؟ إنها مجرد عبارة تعاد وتعاد: المحافظة على الحياة ما أمكن. رفضت شارون هذا المقترح في البداية، لأنها خشيت أن تسبب له شدة الجوع. ثم قررت شارون وديف، في الليلة السابقة لزيارتنا لهما، أن يجربا التوقف عن أخذ الحقنة. وبحلول الصباح كان التورم قد خف بشكل ملحوظ، واستطاع ديف أن يتجول أكثر من السابق، وبراحة أفضل. كما بدأ يتناول بضع لقم من الطعام لمجرد تذوق الطعم، وأعطى هذا شارون ثقةً أكبر بصواب قرارها إيقاف التغذية الوريدية.

وحينما وصلنا أنا وسارا كريد لزيارة ديف رأيناه في طريقه عائدا إلى سريره بعد أن استحمَّ، ويده حول كتف زوجته، وهو يجر قدما بعد قدم منتعلا.

كان تعليق شارون على هذا: «لا شيء يسعد ديف مثل الاستحمام مدة طويلة تحت الرشاش الساخن. لو أمكنه أن يعيش حياته تحت الرشاش لما كره ذلك».

وجلس ديف على طرف سريره مرتديا لباس نوم نظيفا يستعيد نفَسَه، وتحدثت إليه سارا كريد في الوقت الذي كانت ابنته آشلي تجري داخلة وخارجة من الغرفة، وشعرها المضفور من خلف رأسها مزين بالخرز، ثم ألقت في حضن والدها حيوانات محشوة.

سألته سارا كريد: «كم تقدر مقدار ألمك على مقياس واحد إلى عشرة؟»

«أقدره بستة من عشرة».

«وهل ضغطت على زر المضخة؟».

صمت ديف برهة قبل أن يجيب، ثم اعترف بالقول: «أنا لا أحبها».

وسألته سارا: «لماذا؟».

فأجاب: «أشعر بأنها نوع من الهزيمة».

«هزيمة؟».

وهنا قال موضحا: «لا أحب أن أصبح مدمن عقاقير مخدرة؛ لا أحب أن أحتاج إلى هذه المادة».

وهنا ركعت سارا كريد على ركبتيها وقالت: «ديف، لا أعرف أحدا يستطيع أن يصبر على هذا المقدار من الألم من دون دواء. إنه ليس هزيمة. إن لديك زوجة جميلة، ولديك ابنة، ولا تستطيع أن تستمتع بصحبتهما مع هذا الألم».

قال ديفيد عند ذلك: «أنت على حق في هذا». قال هذا وهو ينظر إلى آشلي بينما كانت تعطيه حصانا صغيرا. وهنا ضغط ديف على الزر.

توفي ديف غالووي بعد هذا بأسبوع.. توفي في مسكنه، وفي سكينة، محاطا بأسرته. ثم بعد ذلك بأسبوع توفيت أيضا لي كوكس. ولكن موتها كشف لنا أن البشر يصعب جدا أن نحصر حياتهم ضمن قواعد صارمة، فلي كوكس لم تستطع حتى النهاية أن تروّض نفسها على قبول حقيقة أن مرضها ليس له شفاء. لهذا فحين وجدتها أسرتها في صباح أحد الأيام تعاني سكتة قلبية، استجابوا لرغبتها وطلبوا

النجدة «الرقم 911»، بدلا من طلب خدمة الهوسبيس، وهكذا سرعان ما وصل فنيو الطب الوقائي ورجال الإطفاء والشرطة. وعمد هؤلاء إلى نزع ملابسها وإلى ضغط متتال على صدرها، وأدخلوا أنبوبا في حلقها، ليجبروا الأكسجين على الدخول إلى رئتيها، وحاولوا أن يعيدوا دقات قلبها عن طريق الصدمات الكهربائية. ولكن هذه الإجراءات يندر أن تنجح مع المرضى في مرضهم الأخير، ولم تنجح فعلا مع لي كوكس.

حاول الهوسبيس أن يكون بديلا جديدا لأفضل طريقة للموت، صحيح أنه لم يتبن الجميعُ طقوسَ هذا البديل، غير أن من تبنوها يسهمون في تطوير «فن الموت» المناسب لعصرنا. ولكن تحقيق ذلك يمثل معركة.. ليست معركة مع المعاناة فقط، ولكنها أيضا معركة مع الاندفاع إلى المعالجة الطبية الذي يبدو ظاهريا أنه غير قابل لأن يُعترض.

جرى لقاء قبل عيد الشكر مباشرة بين سارا مونوبولي وزوجها ريتش وأمها دون توماس من طرف والطبيب ماركو من طرف آخر، وذلك لبحث الخيارات التي بقيت أمامها. كانت سارا قد مرت حتى ذلك اللقاء بثلاث دورات من العلاج الكيماوي، كان أثرها محدودا، هذا إذا كان له أي أثر. لعل ماركو كان يستطيع أن يناقشها بشأن أكثر ما ترغب في تحقيقه وكيفية تحقيقه مع اقتراب الموت، ولكن مؤشرات الكلام الذي سمعه من سارا وأسرتها أوحت إليه أنهم لا يرغبون إلا في بحث الخطوة التالية من العلاج، فهم لا يودون الحديث عن الموت.

تحدثت فيما بعد، وبعد وفاة سارا، إلى زوجها ووالديها، وصرحوا لي بأن سارا كانت تعلم أن مرضها لا شفاء منه. ففي الأسبوع الذي تلا سماعها تشخيص مرضها، وبعد أن ولدت ابنتها، أوضحت رغباتها بشأن طريقة العناية بابنتها فيفيان بعد أن تكون هي قد مضت إلى طريقها. أخبرَتْ أسرتها في عدة مناسبات أنها لا تريد أن تموت في المستشفى، بل تريد أن تمضي آخر لحظاتها في الحياة بسلام في البيت. ولكن توقع مجيء هذه اللحظات قريبا، واحتمال ألا تبقى أي طريقة لتبطئة المرض، هما كما قالت والدتها: «شيئان لم أرغب أنا ولا هي في مناقشتهما».

أما والدها جيري وأختها التوأم إيميلي فقد تمسكا بالأمل في إيجاد طريقة للعلاج، وكانا يشعران بأن الأطباء ببساطة لم يكونوا يحاولون بما يكفي من جهد. وقال جيري: «أنا في الحقيقة لم أكن أصدق أنه لا يوجد طريقة». أما بالنسبة إلى زوجها

ريتش فإن هذه الخبرة المتمثلة في مرض سارا أربكت تفكيره. وقال: «لقد رُزقنا طفلا، ولانزال في سن الشباب، وكان الوضع صادما وغريبا، فنحن لم نناقش قط احتمال إيقاف المعالجة».

أجال ماركو نظره في أرجاء الغرفة، فقد مر به كثير من أمثال هذه الحوارات على مدى خبرة استمرت نحو عقدين من الزمن من معالجة سرطان الرئة. والدكتور ماركو ذو طبيعة هادئة توحي بالاطمئنان، فهو يحمل طبيعة ولايته مينيسوتا، مما يجعله يفضل تجنب المصادمة ويتجنب في الوقت نفسه المبالغة في الصداقة. فهو يحاول أن تكون قراراته علمية.

قال لي الدكتور ماركو: «أنا أعلم أن الأكثرية الساحقة من مرضاي سوف يموتون نتيجة مرضهم». فالإحصاء يدل على أنه بعد فشل الخط الثاني من العلاج الكيماوي، فإن مرضى سرطان الرئة يندر أن تبقى لديهم أي فرصة للبقاء على قيد الحياة حتى يتلقوا علاجات أكثر، وكثيرا ما يعانون آثارا جانبية غير بسيطة. ولكن حتى الدكتور ماركو لديه آماله.

أخبر الدكتور ماركو أسرة سارا أن «العناية الداعمة» خيار يناسب أن تفكر فيه الأسر في مرحلة من المراحل. ولكنه تابع قائلا إن هناك أيضا معالجات تجريبية، وحدثهم حول عدد من تلك المعالجات التي هي قيد التجريب. يكمن أكبر مقدار من الأمل في علاج لشركة فايزر Pfizer يهاجم إحدى الطفرات التي وجدت في خلايا السرطان لدى سارا. وبمجرد أن سمعت سارا وأسرتها عن هذا العلاج علقوا عليه آمالهم. كان العلاج جديدا إلى حد أنه لم يوضع له حتى ذلك التاريخ اسم يدل عليه، فلا يشار إليه إلا برقم، وهو «PF0231006»، وكان هذا مما زاد سحر العلاج في نظرهم.

كان هناك عدد من الأمور التي تنتظر الحسم بشأن هذا العلاج، منها حقيقة أن العلماء لم يكونوا قد توصلوا بعد إلى الجرعة الآمنة، فلم يكن العلاج قد تجاوز «المرحلة التجريبية أ»، وهي المرحلة التي تكشف عن درجة السمية (toxicity) للجرعات المختلفة، وليس عما إذا كان العلاج فعالا أو لا. يضاف إلى هذا أن اختبارا للعقار الذي يعمل ضد الخلايا السرطانية لسارا نُشر في صحيفة بِتري «petri dish»، وكشف أنه لم يأتِ بأي نتيجة. ومع ذلك فقد شعر ماركو بأن هذه الحقائق لم

تكن عقبات حاسمة، بل هي مجرد جوانب سلبية، فيما كانت المشكلة الحرجة أن قواعد التجربة تستثني شخصا كسارا بسبب «الانصمام الرئوي»(*) (pulmonary embolism) الذي ظهر لدى سارا في ذلك الصيف. فحتى يطبق عليها العلاج تحتاج إلى أن تنتظر شهرين لكي تتجاوز تلك الحالة تجاوزا كافيا. لذلك فقد اقترح للفترة الحالية علاجا كيماويا تقليديا يُدعى فينوريلبين (vinorelbine) بينما ينتظرون تلك التطورات. وفعلا بدأت أخذ العلاج في يوم الإثنين التالي لعيد الشكر.

لعله من المناسب أن نتوقف قليلا هنا لنتأمل فيما حدث من فوره، فقد سارت الأمور خطوة بعد خطوة حتى وصل الأمر بسارا إلى أن باشرت دورة رابعة من العلاج الكيماوي، وهو علاج ليس فيه أكثر من مقدار بالغ الصغر من احتمال أن يعدل من مسيرة مرضها، وهناك احتمال ضخم بأن يكون من آثاره الجانبية حدوث وهن شديد. لقد ضاعت فرصة اتخاذ الحيطة تجاه ما لا مفر منه، وحدث كل هذا بسبب وضع لا ريب أنه عادي: فلدينا هنا مريضة وأسرة غير مستعدين لمواجهة حقيقة مرضها.

سألتُ ماركو ما الذي يأمل أن ينجزه بخصوص المرضى المصابين بسرطان الرئة الذي لا شفاء منه في أولى محاولاته معهم. وأجاب: «إنني أسأل نفسي هل أستطيع أن أضيف إلى حياتهم سنة أو سنتين نتيجة لما نقدمه من علاج؟ فهذا حد توقعاتي. فوفق علمي أن منتهى أمل مريضة مثل سارا هو ثلاثة أو أربعة أعوام». ولكن هذا ليس ما يريد الناس أن يسمعوه، فقد أضاف ماركو: «إنهم يأملون عشر سنوات أو عشرين، فأنت تسمع هذا مرات ومرات. والحقيقة أنني لو كنت في مكانهم لفعلت فعلهم».

قد يخطر في البال أن الأطباء لديهم من المعرفة ما يمكنهم من التحرك بثقة في الميدان الذي يتقنونه، ولكن هناك عقبتين: أولاهما أن ما نحمله من آراء قد يكون غير واقعي[13]، ففي دراسة أعدها فريق عالم الاجتماع نيكولاس كريستاكيس Nicholas Christakis، سُئل الأطباء المعالجون لخمسمائة مريض بأمراض لا يرجى شفاؤها أن يقدر كلٌّ من أولئك الأطباء الوقت الذي يتوقعون أنه متبقٍّ من أعمار

(*) الانصمام الرئوي (pulmonary Embolism): انسداد في الشريان الرئوي أو أحد أفرعه بسبب صمة (embolus)، وتكون في العادة ناجمة عن خثرة في أوردة الرِجل. [المحرر].

مرضاهم، ثم تابعت الدراسة المرضى. ظهر من الدراسة أن ثلاثة وستين في المائة من الأطباء بالغوا في توقعاتهم لما بقي لمرضاهم من حياة، بينما ظهر أن 17 في المائة من هؤلاء الأطباء فقط كان تقديرهم لما بقي لمرضاهم من حياة أقل من الواقع. كان معدل تقدير الوقت المتبقي من أعمار المرضى أعلى من الواقع بـ 530 في المائة، وكلما عرف الطبيب مريضه أكثر كان احتمال خطئه أكبر.

العقبة الأخرى أننا كثيرا ما نتجنب التعبير حتى عن تلك المشاعر(14)، فقد وجدت الدراسات أنه على رغم أن الأطباء يخبرون مرضاهم في العادة حينما يكون السرطان الذي أصابهم غير قابل للشفاء، فإنهم ينفرون غالبا من الحديث المحدد عن توقعات المرض، حتى لو أُلِحَّ عليهم، وأقر 40 في المائة من أطباء الأورام أنهم أعطوا علاجات يعتقدون أنها لا تفيد. ففي هذه الفترة من الزمان، التي تتجه فيها العلاقة بين المريض والطبيب أكثر فأكثر نحو الخطأ، إذ صارت أشبه بعلاقة البائع والمشتري - حيث يقال: الزبون هو دائما على حق - تجد الأطباء يترددون بشكل خاص في أن يدوسوا بقسوة على توقعات المريض. لهذا تجد الطبيب قلقا من أن يبالغ في تشاؤمه أكثر بكثير من أن يبالغ في تفاؤله. ويبقى الحديث عن الموت مشحونا بالانفعالات. فحينما يكون لدى الطبيب مريض كسارا مونوبولي، يكون آخر شيء يرغب الطبيب في أن يواجهه هو الصراع مع الحقيقة. أقول هذا عن علم، لأن ماركو لم يكن الطبيب الوحيد الذي يتجنب مثل هذا الحديث مع مريضه، فأنا أعاني ما يعاني.

كشف «تصوير البث البوزيتروني» (PET scan) لسارا في وقت سابق من ذلك الصيف أنها، بالإضافة إلى سرطان الرئة، كانت مصابة بسرطان الغدة الدرقية، والذي انتشر إلى العقد اللمفاوية في رقبتها، ودعيت أنا لاتخاذ القرار فيما إذا كان يجب إجراء عملية. فهذا السرطان الثاني، والذي لا علاقة له بالسرطان الأول، كان في الحقيقة قابلا لأن يُتَخلص منه عن طريق الجراحة، ولكن سرطانات الغدة الدرقية لا تصبح قاتلة إلا بعد سنين. وهكذا فإن سرطان الرئة يكاد يكون من المؤكد أنه سيقضي على حياتها قبل أن يكون سرطان الغدة الدرقية قد سبب أي متاعب. فحينما نتذكر حجم الجراحة المطلوبة لها، وما يحتمل حدوثه من مضاعفات، فإن أفضل خيار هو ألا نفعل شيئا. ولكن شرح هذا المنطق لسارا يعني التصريح بالموت الذي ستواجهه بسبب سرطان الرئة، وكنت أشعر بأني غير مستعد لمواجهة هذا.

وحينما جاءت سارا إلى عيادتي وحدثتها، لم تبدُ عليها الكآبة بسبب هذا السرطان الثاني، بل بدا عليها التصميم، فقد قرأت النتائج الطبية لمعالجة سرطان الغدة الدرقية، لهذا كانت متأهبة ومتشوقة لمناقشة موعد إجراء العملية الجراحية. ووجدت أنا أن تفاؤلها يسوقني نحو التفاؤل ذاتي. سألت نفسي حينها لنفرض أنني مخطئ، ولنفرض أنه سيثبت أن سارا هي من نوع ذلك المريض المعجزة الذي يبقى حيا على رغم إصابته بسرطان الرئة الانتقالي؟ فكيف يعقل أن أترك سرطان الغدة الدرقية لهذه المريضة من دون علاج؟

وكان الحل أنني تجنبت الموضوع تماما، فقد أخبرت سارا أن هناك أخبارا سارة إلى حد ما حول سرطان الغدة الدرقية لديها؛ فهو بطيء في نموه، وهو من النوع الذي يستجيب للمعالجة. ولكني أضفت أن سرطان الرئة لديها يبقى في الاعتبار الأول، ولهذا علينا ألا نعطل علاج ذلك السرطان من أجل سرطان الغدة الدرقية. بإمكاننا الآن أن نبقى نراقب سرطان الغدة الدرقية في الوقت الحالي، ونخطط للجراحة بعد عدة شهور.

بعد ذلك صرت أقابل سارا كل ستة أسابيع، وكنت ألاحظ هبوط حالتها ما بين الزيارة والزيارة. ولكن حتى حينما صارت سارا تأتي على كرسي العجلات فإنها كانت دائما تصل مبتسمة، قد زينت وجهها بالمكياج، وأطراف شعرها تلامس وجهها ولا يمنعها من ملامسة عينيها إلا الدبابيس المثبتة. تجد سارا دائما أسبابا صغيرة تجعلها تضحك، مثل أن تلاحظ التعرجات الطريفة التي تصنعها الأنابيب الموصولة إلى جسمها على فستانها وهي تحته.

كانت سارا مستعدة لتجريب أي شيء، وقد اضطررت إلى أن ألجأ إلى جعل الحديث معها يتركز على العلاجات التجريبية لسرطان الرئة لديها. بل إنني بعد أن بدا أن من آثار أحد العلاجات الكيماوية التي أعطيت لها تقليصا طفيفا لسرطان الغدة الدرقية لديها، أثرت معها احتمال أن أحد العلاجات التجريبية قد يفيد في مقاومة كلتا إصابتي السرطان لديها، مع أن ما قلته وقتها مجرد خيال. لقد شعرت وقتها بأن الحديث عن شيء خيالي أسهل من الحديث عما هو ماثل أمام عينيّ؛ فهو أقل إثارة للانفعالات، وأقل تفجيرا لما هو دفين، وأقل تعريضا لسوء الفهم.

وهكذا تدهورت صحة سارا بلا توقف بتأثير سرطان الرئة بالإضافة إلى العلاج الكيماوي، فقد صارت تنام أكثر الوقت، ولم تعد تخطو خارج المسكن إلا نادرا. وإذا راجعنا الملاحظات السريرية لشهر ديسمبر، نجد أنها تعاني ضيق التنفس، وخروج نفَسها بتنهدات جافة، ووجود دم يخرج مع السعال، وشعورا شديدا بالتعب. وبالإضافة إلى أنابيب التفريغ الموصولة إلى صدرها، كانت سارا تحتاج إلى إجراءات تفريغ بالإبر من بطنها كل أسبوع أو كل أسبوعين لتخفيف الضغط الشديد الذي تسببه لترات من السوائل التي كان ينتجها السرطان في بطنها.

أظهر تصوير المسح الضوئي في ديسمبر أن سرطان الرئة كان ينتشر عبر عمودها الفقري وكبدها، ورئتيها. وحينما التقينا في يناير لم تكن سارا تستطيع أن تتحرك إلا بخطوات بطيئة لا تنم عن الراحة. كان الجزء الأسفل من بدنها قد أصبح متورما إلى حد أن جلدها كان مشدودا. لم تكن تستطيع أن تتكلم أكثر من جملة، وبعدها تحتاج إلى أن ترتاح لتسترد نفَسها. وبحلول الأسبوع الأول من فبراير صارت تحتاج الأكسجين للتنفس وهي في مسكنها. ولكن كان قد مر وقت كاف منذ الانصمام الرئوي (pulmonary embolism) لتستطيع أن تبدأ تناول العلاج التجريبي لشركة فايزر. لم تكن تحتاج إلا إلى مجموعة واحدة من صور المسح الضوئي لتكتمل الصورة النهائية، وقد ظهر من هذه المجموعة الأخيرة أن السرطان قد انتشر إلى دماغها، إذ تشكلت تسعة أورام انتقالية على الأقل، يبلغ حجم الواحد منها نصف إنش، موزعة بين فصي الدماغ. لم يكن العلاج التجريبي مصمما ليعبر الحاجز الدماغي الدموي (Blood-Brain Barrier)، مما يعني أن PF0231006 لن ينجح.

غير أن سارا وأسرتها وفريقها الطبي حافظوا على روح المُحارِب، ففي غضون أربع وعشرين ساعة أحضرت سارا لمقابلة طبيب متخصص في الأشعة الخاصة بالأورام لإجراء علاج بالأشعة شاملٍ للدماغ لمحاولة تخفيض مقدار الورم الانتقالي. وفي 12 يناير كانت قد أتمت خمسةَ أيام من علاج الأشعة، وقد جعلها هذا منهكة إلى حد يصعب وصفه، بحيث إنها كانت لا تكاد تستطيع مغادرة الفراش، وقلّ مقدار طعامها إلى ما لا يكاد يذكر، فقد انخفض وزنها بمقدار 11.3 كغ عما كانت عليه في الخريف، واعترفت لزوجها ريتش بأنها صارت على مدى الشهرين الأخيرين تعاني الرؤية المزدوجة، وأنها لم تعد تشعر بيديها.

وسألها زوجها: «وما الذي منعك من أن تخبري أحدا؟».

فأجابت: «خشيت في الواقع أن يوقفوا العلاج، لأنهم لو علموا بما حدث لأوقفوا العلاج».

وتُرِكت سارا أسبوعين بعد علاج الأشعة حتى تستعيد قوتها. ثم أُعطيت علاجا تجريبيا آخر يمكن لها أن تجربه، وهو علاج من شركة صغيرة للتكنولوجيا الحيوية، ووضع الجدول بحيث تبدأ هذا العلاج في 25 فبراير. وكانت فرصها في غضون ذلك تتضاءل بسرعة، ولكن من يستطيع أن يقول إن فرصها في الشفاء صفر؟

كان عالم الباليونطولوجيا (Paleontology)(*) والكاتب ستيفن جي غولد Stephen Jay Gould قد نشر في العام 1985 مقالا متميزا سماه: «ليس الوسيط هو المقصود» «The Mediam Isn't the Message»[15]، وذلك بعد أن أجري له، قبل ذلك بثلاث سنوات، تشخيص ظهر من خلاله أنه مصاب بـ ميسوثيليوما (Mesothelioma)، وهو سرطان نادر ولكنه قاتل على صلة في العادة بالتعرض للأسبستوس (Asbestos). وحينما أُبلغ بالتشخيص ذهب إلى مكتبة طبية وبدأ يراجع أحدث المقالات العلمية حول هذا المرض. وكتب عن ذلك: «تظهر الكتابات العلمية حول هذا المرض مقدارا قاسيا من الوضوح، وهو أن ميسوثيليوما مرض لا علاج له، وأن متوسط ما يتبقى من حياة من يصاب به لا يزيد على ثمانية أشهر منذ التشخيص». كانت الحقائق صاعقة، ولكن غولد بدأ بعد ذلك دراسة المنحنيات البيانية الدالة على مقدار ما يعيشه المصابون بهذا المرض.

فالعالم غولد متخصص في التاريخ الطبيعي، ويميل بحكم تخصصه إلى ملاحظة التنوع حول نقطة الوسيط في المنحني أكثر من اهتمامه بنقطة الوسيط بالذات. وكان ما لاحظه هذا العالم الطبيعي أن التنوع لافت للنظر، فالمرضى ليسوا متركزين حول قيمة الوسيط لمدة البقاء بعد التشخيص، بل ينتشرون باختلاف مددهم في كلا الاتجاهين، يضاف إلى هذا أن المنحنى ملتوٍ إلى اليمين (Skewed to the right)، وله ذيل طويل - وإن كان ذيلا نحيلا - يشير إلى المرضى الذين عاشوا أكثر من المتوسط الذي هو ثمانية أشهر بسنوات كثيرة. بعثت هذه الحقيقة عزاء في نفس

(*) الباليونطولوجيا (Paleontology): علم وصف الحياة القديمة من خلال المستحاثات. [المترجم].

غولد(*)، فقد تصور نفسه من أولئك الذين هم على ذيل المنحنى، والذين عاشوا سنوات طويلة بعد التشخيص. وفعلا تحقق أمله في الحياة، فبعد أن أُخضع لجراحة ومعالجة كيماوية تجريبية، عاش عشرين عاما قبل أن يتوفى في العام 2002 وعمره ستون عاما، وكانت وفاته نتيجة لسرطان الرئة، أي بمرض لا علاقة له بمرضه الأصلي.

كتب غولد في مقالته التي نشرها في العام 1985: «في نظري، صار تقدير قبول الموت إلى درجة يكاد يضاهي فيها الكرامة الذاتية أمرا شائعا إلى حد ما وعلى نحو غير محبب. أنا أوافق طبعا الواعظ الكنائسي حينما يقول إن هناك وقتا للحب ووقتا للموت، وحينما ينتهي الحبل الممدود لحياتي آمل أن أواجه النهاية بهدوء، وبالطريقة التي تتوافق مع شخصيتي. ولكني أفضل، بالنسبة إلى أكثر الحالات، أن أنظر إلى الموت نظرة المحارب، أي العدو الحقيقي، ولا أجد سببا نلوم لأجله أولئك الذين يثورون بغضب ضد الموت الذي يطفئ نور الحياة».

تبرز هذه المقالة لغولد أمام عيني في كل مرة يكون لدي فيها مريض لا يرجى شفاؤه. فهناك في كل الأحوال تقريبا ذيل طويل للمنحنى يدل على احتمال النجاة، مهما كان ضئيلا. فما الخطأ في أن يتعلق المرء به؟ يبدو لي أنه لا يوجد خطأ في هذا التعلق بالأمل، إلا إذا كان هذا يعني أننا تخلينا عن الاستعداد لما هو واضح أن له الاحتمال الأكبر. المشكلة أن نظامنا الطبي وثقافتنا يركزان على الذيل الطويل. والمشكلة أننا بنينا هيكلا يكلف آلاف مليارات الدولارات لشراء المكافئ الطبي لورقة اليانصيب، ونكتفي بالأساسيات فقط من ذلك الهيكل لتحضير المرضى للواقع شبه المؤكد الذي لن تجلبه ورقة اليانصيب تلك. فالأمل لا يمثل خطة، ولكننا نعامل الأمل على أنه الخطة التي نتبناها.

لم تكن أمام سارا معجزة تُشفى من خلالها، ولكن حينما اقتربت النهاية لم تكن هي ولا أسرتها مستعدة. قال لي زوجها فيما بعد: «كنت دائما أرغب في احترام طلبها بأن تنام في سكينة المنزل، ولكن لم تخطر في بالي طريقة يمكن أن نحقق بها ذلك، ولم أعلم كيف أفعل هذا».

(*) لقد كان تفاؤل غولد شديدا؛ فالمنحنى يشير إلى أن من يعيشون مدة تزيد على قيمة الوسيط (الثمانية أشهر) هم الأقلية؛ وقد رجا غولد أن يكون ضمن هذه الأقلية، بعكس ما قد يتبادر إلى ذهن غير المتأمل لوصف المنحنى البياني من أنه يدفع إلى التفاؤل. [المحرر].

أفاق ريتش في صباح يوم الجمعة الثاني والعشرين من فبراير، وذلك قبل ثلاثة أيام من بداية دورة جديدة من العلاج الكيماوي، ليجد زوجته جالسة منتصبة الجسم إلى جواره، منحنية ومستندة على ذراعيها، وعيناها مفتوحتان على اتساعهما، وهي تجاهد لاستنشاق الهواء. كان لونها رماديا، وأنفاسها سريعة، وجسمها يعلو مع كل شهيق بفمها المفتوح. بدا عليها وكأنها تغرق. وحاول زوجها أن يزيد فتحة الأكسجين الداخل من خلال أنفها، ولكنها لم تتحسن.

وقالت وهي ترتاح بين كل كلمة وكلمة: «لا أستطيع أن أفعل ذلك، فأنا مرتاعة».

لم تكن تحت يد ريتش عدة إسعاف في الثلاجة، ولم يكن في الإمكان نداء ممرضة الهوسبيس، وكيف يمكنه أن يتأكد من أن هذا التطور الجديد قابل للإصلاح؟

وقال لها إن عليهما أن يذهبا إلى المستشفى، وحينما سألها إذا كان عليهما أن يذهبا في سيارتهما هزت رأسها بالنفي، ولهذا اتصل بالرقم 911 للنجدة، وأخبر أمها دون، وكانت في الغرفة المجاورة، عما كان يجري. وبعد ذلك بعدة دقائق، كان رجال الإطفاء يزدحمون على الدرج متجهين إلى غرفة نوم سارا، وأصوات أبواق الإنذار تخرق الأجواء في الخارج. وبينما كان الرجال يحملون سارا على محفة، كانت الدموع تغمر عيني والدتها دون.

حاول ريتش أن يهدئها بقوله: «سوف نسيطر على الوضع». ثم قال لنفسه إنها زيارة أخرى إلى المستشفى، مثل الزيارات السابقة، وسوف يبحث الأطباء كيف يمكنهم أن يعيدوا سارا إلى وضع معقول.

بعد أن جرت الفحوص لسارا في المستشفى جرى تشخيص حالتها بأنها مصابة بذات الرئة. وأحدث هذا اضطرابا في العائلة، لأنهم ظنوا أنهم فعلوا كل ما يجب فعله حتى لا تصاب سارا بأي عدوى: كانوا يغسلون أيديهم بكل عناية، ويقصرون الزيارات على الأشخاص الذين لا يوجد برفقتهم أطفال، بل حددوا الوقت الذي تقضيه سارا مع فيفيان إذا ظهرت عليها أقل علامة من سيلان الأنف. غير أن نظام المناعة لدى سارا، وقدرتها على التخلص من مفرزات رئتها كانت تضعف أكثر فأكثر نتيجة لدورات الأشعة والعلاج الكيماوي، هذا إلى جانب أثر السرطان نفسه.

لكن تشخيص سارا بأن لديها ذات الرئة كان له جانب طيب، لأنه لم يكن أكثر من إصابة ميكروبية، ويعني هذا أنه قابل للمعالجة والشفاء. لهذا أمر الفريق

الطبي بأن تعطى سارا مضادات حيوية عن طريق الوريد، وأكسجين سريع التدفق عن طريق الكمام. وتجمعت الأسرة حول سارا، آملين أن يروا مفعول المضاد الحيوي. وأخذوا يخبرون بعضهم بعضا بأن مرضها هذا يمكن أن يوقف، غير أن تنفسها أصبح أكثر إجهادا وتثاقلا على مدى الليلة والصباح التالي.

قالت إيميلي لأختها سارا ووالداهما يراقبان الوضع: «لا أستطيع أن أتذكر شيئا طريفا واحدا يمكن أن أقصه». وقالت سارا هامسة: «ولا أنا». لم تدرك العائلة وقتها أن هذه الكلمات ستكون آخر كلمات على الإطلاق تسمعها من سارا. لقد بدأت بعد ذلك تدخل في غيبوبة ثم تخرج، ثم تدخل ثم تخرج. ولم يجد الفريق الطبي أمامهم إلا خيارا واحدا، أن يضعوا سارا على جهاز التنفس الاصطناعي. أليست سارا مكافحة؟ وحينما يكون المرء مكافحا فإن الخطوة التالية ستكون استنفارا أشد، وهو أن توضع سارا في العناية المركزة.

إن ما قصصناه مأساة حديثة، يُعاد تمثيلها ملايين المرات. فحينما لا تكون لدينا طريقة لأن نعرف بدقة طول الفترة التي بقيت من عمر المريض، وحينما نتصور أننا نملك وقتا أطول بكثير مما نملك فعلا: حينما يحدث ذلك، فإن كل دوافعنا توجهنا نحو الكفاح، نحو الموت والعلاجُ الكيماوي يضخ في أوردتنا، أو الموت وأنبوبة قد أُدخلت في حلوقنا، أو الموت وآثار غرز الجراح طرية في لحمه. لا يبدو على الإطلاق أن تخطر في بالنا حقيقة أننا ربما نسيء إلى الوقت الذي تبقى لنا أو نقصره. إننا نتصور أننا نستطيع أن ننتظر حتى يقول لنا الأطباء إنه لم يعد في وسعهم أن يفعلوا شيئا. ولكن نادرا ما يحدث أن يصل الأمر إلى ألا يستطيع الأطباء أن يفعلوا شيئا. فهم يستطيعون أن يصفوا أدوية لها درجة من السميّة ولا يعرفون لها أي فاعلية، ويمكنهم أن يجروا جراحة في محاولة للتخلص من جزء من الورم السرطاني، أو أن يركبوا أنبوبة تغذية إذا كان المريض لا يستطيع أن يأكل: والخلاصة أنه دائما يوجد شيء يفعله الأطباء. ونحن نريد هذه الخيارات. ولكن هذا لا يعني أننا نتطلع إلى اتخاذ الخيارات بأنفسنا. ولهذا فنحن كثيرا ما نمتنع عن أي خيار. إننا بدلا من ذلك نرجع إلى الوضع الأصلي، والوضع الأصلي هو: افعلوا شيئا. عالجوا الأمر. هل من طريق لتخليصي من هذه الأزمة؟

هناك مدرسة فكرية تقول إن المشكلة تكمن في غياب قوى السوق. فلو أن المرضى – وليس شركات التأمين أو الحكومة – هم الذين يدفعون التكلفة

الإضافية للعلاجات التي يختارونها بدلا من الهوسبيس، لكانوا سيفكرون أكثر في الأرباح والخسائر. لو كان المرضى هم الذين يدفعون، لما قبل مرضى السرطان الذي لا يرجى له شفاء أن يدفعوا 80 ألف دولار للعلاج، ولما رغب مرضى القلب الذين يعانون المراحل النهائية لقصور القلب في أن يدفعوا 50 ألف دولار لأجهزة إزالة الرجفان (defibrillators) التي لن تمنحهم في أفضل الأحوال أكثر من شهور عدة من الحياة. مثل هذه الحجج تغفل عاملا رئيسيا: أن الناس الذين يختارون هذه العلاجات لا يفكرون في عدد الأشهر التي ستُضاف إلى حياتهم، بل يطمحون إلى عدد من السنين. إنهم يفكرون في أن لديهم حظا لا يقل عن حظ الكاسب الأكبر في بطاقة اليانصيب، أن مرضهم لن يكون مشكلة أصلا. يُضاف إلى هذا أننا إذا كنا نريد أن نشتري شيئا ما من السوق الحرة أو أن نحصل عليه بوصفه ثمرة للضرائب التي تجبيها الحكومة، فإنه من المؤكد أننا لن نقلق بشأن التكلفة إذا وجدنا أنفسنا محتاجين إلى ذلك الشيء.

لهذا تبقى كلمة «التقنين: أي نظام الحصص مقابل البطاقات» تهمة قاسية. إن هناك قلقا واسعا يتصل بالظروف التي وجدنا فيها أنفسنا ولكننا نخشى بحث تفاصيلها. هذا لأن البديل الوحيد فيما يبدو لحل ينشأ من خلال السوق هو التقنين المباشر – وهو قوائم الموت كما وصفه بعضهم. حاولت شركات التأمين في التسعينيات من القرن الماضي أن تتحدى قرارات الأطباء والمرضى بالمضي في المعالجة في حال الأمراض التي لا يرجى شفاؤها، ولكن كان أثر المحاولة عكسيا، وكانت من بين الحالات حالة معينة كادت تقضي تماما على كل الخطط – وهي حالة نيلين فوكس.

ونيلين فوكس من تيميكيولا، كاليفورنيا، وقد ظهر من تشخيص حالتها في العام 1991 أنها تعاني سرطان ثدي انتقاليا، وكان عمرها وقتها ثمانية وثلاثين عاما. ثم عُولجت بالجراحة وبالعلاج الكيماوي التقليدي، ولم تفلح تلك العلاجات، وانتشر السرطان إلى نخاع عظامها. لقد أصبح المرض قاتلا. عرض الأطباء في جامعة جنوب كاليفورنيا عليها علاجا راديكاليا، ولكنه بدا علاجا واعدا: وهو علاج كيماوي مرتفع الجرعات مع زرع نخاع العظام[16]. ولم يكن أمام نيلين فوكس غير هذه الفرصة للشفاء.

رفضت شركة التأمين «هيلث نت» Health Net أن تغطي تكاليف العلاج المقترح، وحجتهم أن العلاج علاج تجريبي، وفائدته غير ثابتة، ولهذا فإنه لا تنطبق عليها شروط عقد التأمين. وألحت شركة التأمين على نيلين أن تبحث عن رأي ثانٍ، ولكن نيلين رفضت طلبهم – من هم حتى يطلبوا منها البحث عن رأي ثانٍ؟ فحياتها في خطر. ثم جمعت 212 ألفا من تبرعات خيرية، ودفعت تكاليف العلاج من دون أخذ شيء من شركة التأمين، ولكن الدفع تأخر. وتوفيت نيلين فوكس بعد العلاج بثمانية أشهر. وقاضى زوجها «هيلث نت» لسوء النية ونقض العقد وإنزال ضرر عاطفي مقصود، وطلب عقوبة مقابل الأضرار. ونجحت قضية الزوج، فقد حكمت هيئة المحلفين بدفع 89 مليون دولار لورثة نيلين. ووصمهم التنفيذيون في منظمة صيانة الصحة (HMO) بأنهم قتلة. ثم سنت عشر ولايات قوانين تُلزم شركات التأمين بأن تدفع تكاليف زرع نخاع العظم لمريضات سرطان الثدي[17].

لننسَ أن «هيلث نت» كانت على حق[18]، فقد ظهر في نهاية المطاف، ونتيجة للبحث، أن العلاج المذكور ليست له فائدة لمريضات سرطان الثدي، بل ظهر أن أثره في حياتهن كان سلبيا. ولكن الحكم الصادر عن هيئة المحلفين هز قطاع التأمين الأمريكي. لقد ظهر أن إثارة التساؤلات حول فعالية قرارات العلاج التي يتخذها الأطباء والمرضى الذين هم في مرض ينهي الحياة ولا شفاء منه هو نوع من الانتحار السياسي.

وفي العام 2004 قرر المديرون التنفيذيون في شركة تأمين أخرى، وهي شركة إيتنا «Aetna»، أن يجربوا طريقة مختلفة[19]. فبدلا من تقليل خيارات العلاج المكثف لحاملي عقود التأمين لديهم والذين هم مرضى بمرض يسير بهم إلى نهاية الحياة من دون أمل في الشفاء، قرروا أن يحاولوا فتح خيارات أكثر للعيش بنظام الهوسبيس. لاحظت شركة إيتنا أن أقلية فقط من المرضى اختاروا التوقف عن تلقي العلاج والانضمام إلى حياة الهوسبيس، وحتى حينما يختارون الانتقال إلى الهوسبيس فهم لا يفعلون ذلك إلا حينما تقترب النهاية جدا.

لهذا قررت الشركة أن تُجري تجربة: أتاحت لحاملي عقود التأمين لديها والذين بقي لهم أقل من عام من الحياة المتوقعة أن يتلقوا خدمات المكوث في الهوسبيس من دون أن يجازفوا بترك العلاجات الأخرى. معنى هذا أن مريضة مثل

سارا مونوبولي كان في إمكانها أن تجرب العلاج الكيماوي والعلاج بالأشعة، وأن تذهب إلى المستشفى متى شاءت، وتستطيع في الوقت نفسه أن تتلقى خدمات الهوسبيس وهي في مسكنها، بحيث يركز طاقم العمل في الهوسبيس على ما تحتاج إليه من أجل أفضل حياة يمكن أن تحياها الآن، أعني يوم صحت في ذلك الصباح وهي غير قادرة على التنفس.

أُجريت دراسة على مدى عامين لهذا البرنامج «مزدوج العناية»[20]، وخلصت الدراسة إلى أن المرضى المسجلين لدى الشركة المذكورة الذين ينطبق عليهم البرنامج يحتمل سكنهم في الهوسبيس أكثر بكثير من غيرهم، فقد قفز المعدل من 26 في المائة إلى 70 في المائة. وهذا الرقم ليس مدهشا، حيث إن المرضى لم يكونوا وفق البرنامج المذكور مضطرين إلى التنازل عن أي شيء. وإن ما تكمن الدهشة فيه هو اكتشاف الدراسة أن انضمامهم لهذا البرنامج أدى إلى تنازلهم فعلا عن أشياء كانوا يفعلونها، فعدد مرات زيارتهم غرفة الطوارئ هبط إلى النصف، مقارنة بالمرضى الآخرين ممن هم في حالتهم، وكذلك هبط عدد مراجعاتهم للمستشفيات ووحدات العناية المركزة إلى أقل من الثلث. وعموما هبطت تكاليف احتياجاتهم إلى ما يقارب الربع.

كانت النتيجة مذهلة، وكانت محيرة أيضا، فلم يتضح ما الذي جعل الخطة تنجح. كانت شركة إيتنا قد أجرت إلى جانب تجربتها المذكورة برنامج عناية أكثر تواضعا[21]، ولكنه يشمل مجموعة أكبر من المرضى بأمراض ستؤدي إلى الوفاة ولا يُتوقع شفاؤها. في حالة هذه المجموعة، كانت خدمات الهوسبيس التقليدية متوافرة، مما يعني أن ما يجعل المريض مستحقا لتلقي خدمات الهوسبيس هو أن يتنازل عن محاولة تلقي علاجات تهدف إلى الشفاء. ولكن على أي حال، ستبقى ممرضات العناية التلطيفية مستعدات للزيارة المنتظمة لمساعدة هؤلاء المرضى فيما يحتاجون إليه من خدمات من أي نوع، ابتداء من تخفيف الألم وانتهاء إلى كتابة وصية. ظهر من خلال الدراسة أن التسجيل في خدمات الهوسبيس قفز أيضا إلى 70 في المائة، وفي الوقت نفسه هبطت مراجعتهم المستشفى هبوطا حادا، كما هبط لجوء المرضى ممن هم أكبر سنا إلى وحدة العناية المركزة بمقدار 85 في المائة، وصعدت درجات الرضا صعودا كبيرا. فكيف نفهم هذا؟ كان انطباع القائمين على البرنامج أن ما قدموه كان ببساطة أنهم وفروا للمرضى بمرض خطير شخصا خبيرا

وواسع المعرفة يمكنهم التحدث إليه حول مشاغلهم اليومية. كان هذا كافيا بشكل ما؛ أي توفير الفرصة لمجرد التحدث.

هذا التفسير قد يبدو من الصعب تصديقه، ولكن الأدلة عليه قد زادت على مدى السنين الأخيرة. فثلثا المرضى بسرطان يؤدي إلى الموت ولا شفاء منه، والذين شملتهم دراسة «التعامل مع السرطان» Coping with Cancer صرحوا بأنهم لم يناقشوا مع أطبائهم ما يطمحون إلى الحصول عليه من عناية في خاتمة حياتهم[22]، هذا على الرغم من أن ما يفصلهم عن الموت كان بمعدل أربعة أشهر فقط. غير أن الثلث الآخر الذي يشمل من أجروا مثل هذا الحوار مع أطبائهم فعلا كان لهم احتمال أقل بكثير لأن يخضعوا للإنعاش القلبي الرئوي أو أن يركب لهم جهاز تنفس اصطناعي أو أن ينتهي بهم المطاف في وحدة العناية المركزة. وإنما انضم أكثرهم إلى خدمة الهوسبيس، وكانت معاناتهم أقل، وكانت قدرتهم البدنية أفضل، وكانوا أقدر، وعلى مدى فترة أطول، على التفاعل مع الآخرين. يضاف إلى هذا أن أفراد أسر هؤلاء، وبعد ستة أشهر من موت المرضى، كان لهم احتمال أقل بشكل ملحوظ لأن يعانوا اكتئابا رئيسيا. وبعبارة أخرى فإن الأشخاص. الذي أجروا مناقشة جادة مع أطبائهم حول ما يختارونه فترة ختام حياتهم كان احتمال موتهم في حال من السكينة وهم ينعمون بالشعور بالقدرة على ضبط أمورهم أعلى ممن لم يقوموا بمثل هذه المناقشات، ووفروا على أسرهم كثيرا من البؤس.

انطلقت من المستشفى العام في ماساتشوستس دراسة في العام 2010 عُدت نقطة تحول[23]، وكانت نتائجها أعجب مما عرضنا حتى الآن. فقد طبق الباحثون على 151 مريضا وصلوا إلى المرحلة الرابعة من سرطان الرئة، أي المرحلة التي وصلت إليها سارا، طريقتين من المعالجة، وقسموا المرضى عشوائيا على الطريقتين. فقد تلقى نصفهم المعالجة المعتادة لمرضى الأورام، بينما تلقى النصف الآخر المعالجة المعتادة لمرضى الأورام، بالإضافة إلى زيارات موازية لطبيب التلطيف (palliative care specialist) والمتخصص في العناية التلطيفية يركز على منع المعاناة والتخفيف عن المرضى، ولا يُشتَرط لزيارة مثل هذا المتخصص أن يحدد ما إذا كان المريض مشرفا على الموت أو لا. فحيثما يكن المريض مصابا بمرض ثقيل وصعب المعالجة، فإن المتخصص من هذا النوع يرحب بتقديم المساعدة لهذا المريض. حاور متخصصو

العناية التلطيفية في الدراسة كلا من مرضاهم حول أهدافه وأولوياته فيما إذا تدهورت حالتهم الصحية، وفيما إذا كان هذا سيحدث في وقت قريب أو بعيد. كانت نتيجة الدراسة أن المرضى الذين زاروا متخصص التلطيف طلبوا إيقاف العلاج الكيماوي قبل الآخرين الذين لم يجروا مثل هذه الزيارات، وانضموا إلى خدمة الهوسبيس قبل الآخرين بمدة غير قصيرة، وكانت معاناتهم في أواخر حياتهم أقل من الآخرين... بل إنهم عاشوا أطول من الآخرين بمقدار 25 في المائة. وبعبارة أخرى، إن ما نتخذه من قرار طبي بشأن أمثال هؤلاء المرضى فشل فشلا ذريعا، إلى حد أنه أحدث ضررا حقيقيا للمرضى بدلا من أن يتعامل بنجاح مع موضوع الموت. لو أن المحاورات الخاصة بمرحلة نهاية الحياة كانت عقارا تجريبيا، فإن «مؤسسة الأغذية والأدوية FDA» كانت ستقر تداوله.

ونتائج المرضى الذين يدخلون نظام الهوسبيس لا تقل إثارة للدهشة عن ذلك. كنت أعتقد، مثلما يعتقد كثيرون آخرون، أن العناية في نظام الهوسبيس تسرع الموت، لأن المرضى قد تخلوا عن العلاجات المتوافرة في المستشفى، ولأنه يُسمح لهم في نظام الهوسبيس بمقادير كبيرة من المخدرات لمقارعة الألم. ولكن الدراسات العديدة تظهر نتائج مختلفة عن ذلك. تابع الباحثون في إحدى تلك الدراسات 4493 مريضا من المستفيدين من نظام الرعاية الطبية الحكومي (Medicare)[24]، كلهم مصابون إما بسرطان يسير بهم إلى الموت، وإما بقصور القلب الاحتقاني «congestive heart failure» في مراحله الأخيرة. بالنسبة إلى المرضى المصابين بسرطان الثدي أو سرطان البروستات أو سرطان القولون، لم يجد الباحثون فرقا في طول الحياة المتبقية بين من هم تحت رعاية الهوسبيس ومن لم ينضموا إلى ذلك النظام. ولكن مما يثير الدهشة أنه بالنسبة إلى بعض الحالات، بدا أن العناية المتوافرة في الهوسبيس تزيد الوقت المتبقي من العمر: ففي حالة المرضى المصابين بسرطان البنكرياس، فإنهم اكتسبوا ما معدله ثلاثة أسابيع من الحياة، وبالنسبة إلى مرضى سرطان الرئة فإنهم اكتسبوا ستة أسابيع، وأما المرضى بقصور القلب الاحتقاني فقد كسبوا ثلاثة أشهر. حري بالدرس الذي يمكننا تعلمه أن يبعث على الراحة: وهو أن المرء يعيش حياة أطول حينما يقل اهتمامه بأن يعيش حياة أطول.

هل يمكن لمجرد المحاورات أن يكون لها مثل تلك الثمرات؟ لنعرض حالة مدينة لا كروس La Crosse الكائنة في ولاية وسكنسن. إن تكاليف فترة نهاية العمر على المسنين المقيمين في هذه المدينة منخفضة انخفاضا غير معتاد؛ فقد أظهرت إحصاءات «ميديكير» أن ما يمضيه هؤلاء في المستشفى من أيام في غضون الأشهر الستة الأخيرة من حياتهم هو نصف المعدل القومي، وليس هناك ما يشير إلى أن الأطباء أو المرضى هنا قد اختاروا أن يوقفوا العناية الطبية قبل الوقت المناسب. وعلى رغم معدلات التدخين والسمنة لديهم، فإن طول الحياة المتوقع لهم يفوق المعدل القومي بمقدار عام.

تحدثتُ حول هذا مع غريغوري تومبسون Gregory Thompson، وهو متخصص في العناية بالحالات الحرجة في مستشفى غوندرسن اللوثري Gundersen Lutheran Hospital، في إحدى الأمسيات حينما كان يقضي مناوبته في وحدة العناية المركزة، وأخذ تومبسون يراجع معي قائمة مرضاه. كان هؤلاء المرضى - مثل من تجدهم في أي وحدة للعناية المركزة – يعانون مرضا شديدا في أكثر النواحي ويعيشون أخطر أيام حياتهم. كانت هناك شابة عندها فشل متراكب في أعضاء جسمها بسبب حالة مدمرة من ذات الرئة، وهناك رجل في أواسط الستينيات عنده فتق في القولون سبَّب التهابا متهيجا ونوبة قلب. ولكن المرضى الذين نجدهم هنا يختلفون تماما عمن نجدهم في وحدات العناية المركزة الذين ألاقيهم في أماكن أخرى: فلا تجد من بين المرضى في هذا المستشفى من يعاني مرضا قاتلا؛ ولا تجد أحدا يعارك السرطان الانتقالي في مراحله الأخيرة، ولا تجد من يعاني فشل القلب الذي لا علاج له، أو يعاني الخرف.

قال لي تومبسون إنه حتى نفهم مدينة لا كروس فعلينا أن نرجع إلى العام 1991، حينما أجرى رواد العمل الطبي المحلي حملة منظمة ليحملوا العاملين في السلك الطبي وبقية الناس على أن يتحاوروا حول رغبات الفرد حينما يكون على وشك مغادرة الحياة. وبعد سنوات قليلة صار من المعتاد تماما لكل المرضى الذين ينوَّمون في المستشفى، أو في بيوت التمريض، أو في مساكن الدعم، أن يجلسوا مع شخص خبير في مثل تلك المحاورات يحمل استمارة فيها أسئلة ويحصل على الإجابة عنها من المرضى حول رغباتهم في مرحلة نهاية العمر، وتدور كل الأسئلة حول

النقاط المحورية التالية، تقول الاستمارة: حينما تأتي تلك البرهة من حياتك وأنت في مرض الموت:

1 - إذا توقف قلبك فهل تريد أن يُجْرى لك إنعاش؟

2 - هل تريد إجراءات علاجية مكثفة مثل توصيل الأنابيب إلى جسمك والتنفس الاصطناعي؟

3 - هل تريد أن تُعْطى مضادات حيوية؟

4 - إذا لم تعد تستطيع تناول الطعام وحدك فهل تريد أن تُعْطى الغذاء من خلال أنبوبة أو بالتغذية الوريدية؟

وبحلول العام 1996 كان 85 في المائة ممن توفوا من مرضى مدينة لا كروس كانوا قد كتبوا توجيهات عن هذه النقاط مقدما[25]، وقد كان الرقم 15 في المائة في السابق، وكان الأطباء بالفعل على علم بتلك التوجيهات. أضاف تومبسون أنه مادام هذا النظام صار معمولا به، فإن هذا قد سهَّل عمله جدا. ولكن هذه السهولة لم تكن بسبب التفاصيل التي يسردها كل مريض يدخل وحدة العناية المركزة.

وأضاف: «إن الأجوبة ليست منحوتة في الصخر». فمهما كانت أجوبة الناس على الورق، ومهما أجابوا بنعم أو لا، فإن الطبيب يمكن أن يجد خفايا وتعقيدات يعنونها ولا يصرحون بها. ولكن كما قال تومبسون: «بدلا من أن تحدث المناقشة حينما يصل المريض إلى وحدة العناية المركزة، نجد في كثير من الأحيان أن تلك المناقشة قد حدثت قبل ذلك».

تتنوع الإجابات في قائمة الأسئلة بتنوع المرضى: بين المريضة التي تدخل المستشفى لتضع طفلا، والمريض الذي يدخله بسبب مضاعفات لمرض ألزهايمر. ولكن النظام المطبق في لا كروس جعل من احتمال أن يكون المرضى قد تحدثوا عما يرغبون فيه وما لا يرغبون فيه قبل أن يجدوا أنفسهم، هم وأهليهم، في قبضة الأزمة والخوف أكثر مما يجد المرء في غيرها. قال تومبسون إنه حينما لا تكون الرغبات واضحة: «فإن العائلات أيضا تكون أكثر تقبلا بدرجة كبيرة للدخول في مناقشة». فالمناقشة، وليست قائمة الأسئلة، هي ما يهم. بالدرجة الأولى؛ إذ هي ما خفَّض تكاليف أواخر الحياة في لا كروس حتى بلغت نصف معدل التكاليف على المستوى القومي. فالسبب إذن بهذه البساطة؛ وهو أيضا بهذا التعقيد.

في صباح يوم من أيام السبت، وكان الفصل شتاء، لاقيت امرأة كنت قد أجريت لها عملية في الليلة السابقة، وكانت تخضع لإجراءات إزالة كيس مبيضي حينما اكتشف طبيب أمراض النساء الذي يُجري لها العملية أن لديها سرطانَ قولون انتقاليا. ولهذا دُعيت أنا، بوصفي جراحا عاما، لأنظر ماذا يمكن عمله. استأصلت جزءا من القولون المصاب بكتلة سرطانية كبيرة، ولكن ظهر أن السرطان قد انتشر انتشارا واسعا. قالت المرأة فيما بعد إن طبيبا مقيما أخبرها من قبل بظهور ورم، وأن جزءا من قولونها جرى استئصاله.

وأكدت أنا لها هذا الخبر، وأنني استطعت قطع «الجزء الرئيسي المصاب»، وأوضحت لها مقدار ما استأصلته من الأمعاء، وكيف سيكون الشفاء.. أي أنني حدثتها بكل شيء ما عدا مدى انتشار السرطان. لكنني تذكرت وقتها كم كنت جبانا حينما تحدثت إلى سارا مونوبولي، وتذكرت كل تلك الدراسات عن تجنب الأطباء الحديث المباشر وحومهم حول الموضوع. لهذا فحينما سألتني هذه المريضة أن أخبرها بالمزيد عن السرطان، أخبرتها بأنه انتشر ليس إلى مبيضيها فقط، بل إلى عقدها اللمفاوية. وقلت لها إنه لم يمكن استئصال كل ما هو مصاب بالسرطان. ولكن سرعان ما وجدت نفسي أقلل أثر كلامي، فقد قلت وقتها على الفور: «لندعُ طبيب الأورام، فالعلاج الكيماوي يمكن أن يكون فعالا جدا في هذه الحالات».

سمعت المرأة الأخبار حول إصابتها بصمت، وظلت فترة تحاول هضم ما سمعتْ، وهي تنظر إلى أغطية السرير التي تغطي جسمها الثائر. ثم رفعتْ رأسها ونظرتْ إليَّ وقالت: «هل سأموت؟»

جفلت من سؤالها، وقلت بسرعة: «لا، لا، طبعا لن تموتي».

ولكني حاولت أن أصحح جوابي بعد ذلك بأيام، ولذلك قلت موضحا: «إننا لا نملك علاجا، ولكن المعالجة قد تخمد المرض مدة طويلة». وأضفت أن الهدف هو: «أن نطيل حياتك» بقدر الإمكان.

وتابعتُ هذه المريضة على مدى الشهور والسنين منذئذ. وكانت أوضاعها طيبة، فقد أمكن حتى الآن إيقاف السرطان. سألتها مرة، هي وزوجها، عن محادثاتنا المبكرة، ولكن تذكُّر تلك المحادثات لم يكن يبعث لديهما مشاعر طيبة. قالت المرأة:

تلك العبارة التي استخدمتها أنت: (أن نطيل حياتك)، هذه العبارة...» أرادت أن تنتقد عبارتي، ولكنها لم ترغب في أن تظهر ذلك.

قال زوجها: «بدت عبارة فظة».

وأيَّدت هي الفكرة نفسها بقولها: «بدت عبارة قاسية». لقد شعَرَتْ بأنني بعبارتي هذه كأنني رميتها من أعلى جُرف.

تحدثت إلى سوزان بلوك Susan Block، وهي متخصصة العناية التلطيفية في المستشفى الذي أعمل به، وقد مرت بآلاف من مثل هذه المحادثات الصعبة، وهي معروفة على المستوى القومي بوصفها رائدة في تدريب الأطباء وغيرهم على التعامل مع المرضى وأسرهم فيما يخص مشكلات نهاية الحياة. قالت لي سوزان بلوك: «يجب أن تدرك أن اللقاء مع الأسرة هو إجراء من إجراءات معالجة المريض، ويحتاج إلى مهارة لا تقل عن المهارة المطلوبة لإجراء عملية».

كان مما بيَّنته سوزان بلوك أن المشكلة الرئيسية هي مشكلة في الإدراك، فبالنسبة إلى أكثر الأطباء يكون الهدف الرئيسي للمناقشة المتصلة بالمرض الذي ينتهي بالموت هو البحث فيما يطلبه الأفراد مما إذا كانوا يرغبون في العلاج الكيماوي أو لا، أو فيما إذا كانوا يرغبون في الإنعاش أو لا، أو فيما إذا كانوا يرغبون في الهوسبيس أو لا. فنحن نركز على طرح الحقائق والخيارات. ولكن هذا من الخطأ كما قالت سوزان بلوك.

ثم أضافت توضح فكرتها: «إن جزءا رئيسيا من المهمة يتعلق بمساعدة الأفراد على التعامل المناسب مع القلق المرهق: القلق حول الموت، والقلق حول المعاناة، والقلق حول الأحبة، والقلق حول الوضع المالي. نعم هناك جوانب كثيرة للقلق، وهناك ما يثير الخوف حقيقة». فليست هناك محادثة واحدة كما أوضحت سوزان بلوك يمكن أن تغطي كل تلك الجوانب. فالوصول إلى قبول المريض للموت المقبل وفهمه الواضح لحدود العمل الطبي وإمكاناته عملية تستغرق وقتا، وليس إشراقة آنية.

وليست هناك طريقة واحدة لمحاورة الأفراد الذين يواجهون مرضا قاتلا عبر تلك العملية الطويلة، ولكن هناك بعض القواعد كما أوضحت سوزان بلوك. عليك أن تجلس، وعليك أن تعطي الأمر ما يكفي من وقت، وعليك ألا تحدد العلاج للمريض

من بين العلاج أ والعلاج ب. بل عملك أن تساعده في أن يتضح لعقله ما هي أهم الأشياء بالنسبة إليه ضمن الظروف الراهنة؛ بحيث إن المتخصص يستطيع أن يعطي المرضى المعلومات والتوجيه اللازم عن أفضل طريقة لتحقيق هذه الأشياء. مثل هذا الإجراء يحتاج إلى مقدار من الاستماع بمقدار الحديث نفسه، فإذا كنت تتحدث أكثر من نصف الوقت فإن هذا معناه أنك تتحدث زيادة على اللزوم.

فما تستخدمه من كلمات له قيمة، إذ إن المتخصصين في العناية التلطيفية يقولون إن من الخطأ القول مثلا: «أنا آسف لما آلت إليه الأمور». فمثل هذه العبارة يعني أنك تضع مسافة بينك وبين المريض، بل عليك أن تقول: «كنت أود لو أن الأمور كانت مختلفة». ولا تقل: «ماذا تريد أن تفعل إذا جاءك الموت؟» بل تسأل: «إذا شعرت بأنه لم يعد أمامك وقت طويل، فما الذي تعتقد أنه أهم شيء لك في تلك الحال؟».

وقد أعدَّت سوزان بلوك قائمة من الأسئلة التي تريد أن تطرحها كلها في حديثها مع المرضى قبل أن تتخذ القرارات الرئيسية: تريد أن تعرف فيما إذا كان المريض يفهم مستقبل المرض، وما هي الأشياء التي تقلق المرضى حول ما سيحدث، وما نوع التنازلات التي يمكنهم أن يقدموها، وكيف يريدون أن يقضوا وقتهم إذا تدهورت صحتهم، ومن يريدون أن يتخذ لهم القرارات إذا لم يعودوا يستطيعون أن يتخذوا القرارات بأنفسهم؟

قبل عشر سنوات كان والدها جاك بلوك، وعمره أربعة وسبعون عاما، وهو بروفسور فخري في علم النفس في جامعة كاليفورنيا - بيركلي، قد أُدخل إلى مستشفى سان فرانسيسكو بسبب أعراض ظهر فيما بعد أنها كتلة ظهرت في النخاع الشوكي لرقبته. وأخذت الطائرة لرؤية والدها. وحينما رأت جراح الأعصاب قال لها إن إجراء استئصال تلك الكتلة فيه احتمال 20 في المائة أن يدعه مشلولا شللا رباعيا quadriplegic، وأن يصيبه شلل من الرقبة وكل ما تحتها، ولكن إذا لم تُجرَ العملية فإن احتمال إصابته بالشلل الرباعي يكون 100 في المائة.

جلس الأب وابنته في المساء السابق على العملية يتحدثان حول الأصدقاء والعائلة، في محاولة لصرف الذهن عن الأمر الآتي، وبعد ذلك تركت والدها لقضاء الليل. ثم خطر في ذهنها وهي في الطريق، على منتصف جسر باي بريدج

Bay Bridge أن: «يا إلهي! إنني لا أعلم ما يرغب فيه والدي حقا». كان والدها قد جعلها وكيلة عنه في أمور العناية الصحية، ولكنهما لم يتحدثا عن الأمور الصحية إلا حديثا ضحلا. لهذا غيَّرت اتجاه السيارة وقفلت عائدة إلى المستشفى حيث كان والدها.

شعرت سوزان بلوك بأنها غير مرتاحة وهي متوجهة إلى هذا اللقاء مع والدها، ولم يكن يفيد في هذا كونها متخصصة في مناقشات نهاية الحياة. قالت عن هذا: «شعرت بشعور كريه حقا وأنا أتوجه إلى والدي لأخوض معه في تلك المناقشات»، ولكن هذا لم يمنعها من استخدام الأسئلة التي على قائمتها. كان مما سألت والدها: «إنني أحتاج إلى أن أفهم كم أنت مستعد لأن تصبر من أجل أن تكون لديك فرصة في الحياة؟ وما نوعية الحياة التي تعتبرها حياة مقبولة؟». تقول سوزان بلوك عن محادثتها: إنها كانت لحظات حافلة بالعذاب حينما قال لي – وقد شعرت بصدمة وأنا أسمع قوله ذاك – «حسنا، إذا كنت سأستمتع بآيس كريم بنكهة الشوكولا وأشاهد كرة القدم في التلفاز، فعند ذلك أفضل الحياة. نعم أنا مستعد لتحمل الكثير من الألم من أجل التمتع بهذا وذاك».

قالت سوزان بلوك: «لم أكن أتوقع على الإطلاق أن أسمعه يقول هذا. أعني أنه بروفسور فخري. لا أذكر أنني رأيته في حياتي جالسا ليشاهد مباراة كرة قدم، أن يشاهد مباراة كاملة.. لم يكن قوله الآن يدل على الإنسان الذي عرفته». ولكن ظهر أن لتلك المحادثة أهمية حاسمة، لأنه بعد إجراء العملية، تعرض والدها لنزف في الحبل الشوكي. وقال لها الجراحون إنهم يحتاجون حتى ينقذوا حياة والدها إلى العودة إلى غرفة العمليات. ولكن النزف أدى به إلى الشلل الرباعي، وسيظل يعاني الإعاقة الشديدة شهورا عديدة، ومن المرجح أن يبقى كذلك إلى الأبد. فماذا عليها أن تفعل؟

قالت سوزان: «لم يكن أمامي إلا ثلاث دقائق لاتخاذ ذلك القرار، وأدركت وقتها أن والدي كان قد اتخذ القرار». لذلك سألت الجراحين فيما إذا كان بإمكان والدها، إذا بقي حيا، أن يأكل آيس كريم بنكهة الشوكولا وأن يشاهد مباراة كرة القدم في التلفاز. وكان جوابهم بالإيجاب، فأعطت هي بدورها الجواب بالإيجاب حول إعادة أبيها إلى غرفة العمليات.

قالت لي سوزان عن ذلك: «لولا تلك المحادثة مع والدي، لدفعتني غريزتي إلى تركه يمضي إلى نهايته في تلك اللحظة، لأن وضعه بدا مخيفا. ولو حدث هذا لأكل الندم كبدي، لأنني سأبقى أقرع نفسي وأتساءل هل تركته يمضي قبل أوانه؟»، أو لعلها كانت ستمضي في إرساله إلى الجراحة، لتجده يقضي بعدها عاما من «إعادة التأهيل المخيف» والإعاقة.. وهذا ما حدث بالفعل. قالت عن ذلك: «كنت سأشعر بالذنب لو أنني أنا من أرسلته إلى ذلك المصير، ولكن لم يكن لي أن أتخذ القرار»، هذا لأن أباها هو الذي اتخذ القرار.

استعاد والدها على مدى العامين التاليين قدرته على السير مسافات قصيرة، وكان يحتاج إلى مساعدين يغسلونه ويلبسونه، وكان يواجه صعوبة في الأكل والبلع. ولكن عقله كان سليما، وكان يستطيع إلى حد ما أن يستخدم يديه؛ يكفي دليلا على هذا أنه كتب كتابين وما يزيد على اثنتي عشرة مقالة علمية. وعاش بعد عمليته عشر سنوات، ثم انتهى به المطاف إلى أن أصبح البلع أمرا صعبا جدا إلى حد أنه لم يعد يستطيع الأكل من دون أن تتسلل أجزاء من الطعام إلى رئتيه، وكان يذهب على دراجة بين المستشفى ومرافق إعادة التأهيل، فكانت نتيجة ذلك إصابته بذات الرئة. كان يرفض أن يكون غذاؤه عن طريق الأنابيب الموصلة إلى المعدة، وقد صار واضحا أن تلك المعركة لكسب فرصة حصول تلك المعجزة في أن يستعيد عافيته - وهي فرصة تتضاءل أكثر وأكثر - ستتركه وقد فقد تماما القدرة في العودة إلى بيته. لهذا فقد قرر والدها، وقبل أن أتحدث إلى سوزان بلوك بشهور قليلة، أن يوقف المعركة وأن يعود إلى البيت.

قالت سوزان عن ذلك: «وضعناه في عناية الهوسبيس، وأخذنا نعالج إحساسه بالاختناق، وحافظنا على راحته. لكنه توقف في النهاية عن تناول الطعام والشراب، وتوفي بعد ذلك بنحو خمسة أيام».

إن محادثة سوزان بلوك ووالدها هي المحادثة التي يحتاج كل منا إلى أن يجريها حينما لا يعود للمعالجة الكيماوية مفعول، أو حينما يحتاج المريض إلى الأكسجين وهو في البيت، أو حينما يواجه عملية جراحية خطرة، أو حينما يزداد فشل الكبد أكثر فأكثر، وحينما لا يعود المريض يستطيع أن يلبس وحده. هذه الحالات هي ما سمعت الأطباء السويديين يطلقون عليها «حوارات النهاية» (Breakpoint Discussions)،

أي إنها مجموعة مناقشات لتحديد الوقت الذي عليهم أن يتحولوا فيه من بذل الجهد لكسب الوقت إلى بذل الجهد لكسب أشياء أخرى ثمينة في نظر المريض: أن يقضي الوقت بين أهله، أو القيام برحلة، أو تناول آيس كريم بالشوكولا. قليل من الناس يُجرون مثل هذه المحادثات، وهناك سبب وجيه لخوف أي إنسان من مثل تلك المحادثات. فمحادثة مثل هذه قد تطلق العنان لانفعالات صعبة. فقد يثور غضب المريض أو قد يكون انفعاله غامرا، وقد نفقد ثقة المريض. وإذا عرف الإنسان كيف يدير الحديث فسوف يستغرق الحديث وقتا غير قصير.

تحدثت إلى طبيبة أورام، وأخبرتني عن مريض عالجته قريبا، وعمره تسعة وعشرون عاما، وكان المريض مصابا بورم في الدماغ غير قابل للجراحة، وهو ورم ظل ينمو حتى وصل إلى حد المعالجة الكيماوية من المرحلة الثانية. وقد اختار المريض ألا يخضع لأي معالجة كيماوية أخرى، ولكن الوصول إلى هذا القرار اقتضى ساعات من المناقشة، لأن هذا ليس هو القرار الذي كان يَتوقع أن يتخذه. قالت طبيبة الأورام إن أول خطوة كانت أنها تحاورت معه على انفراد، واستعرضا في حوارهما أين وصلت حالته، والخيارات التي بقيت أمامه. كانت صريحة في حديثها معه، فقد أخبرته أنها في كل حياتها الطبية لم يصادف أن رأت المعالجة الكيماوية من المرحلة الثالثة تحدث نتائج ملحوظة في مثل هذا الورم الدماغي الذي هو مصاب به. وأخبرته أنها درست العلاجات التجريبية، ولكن أيا منها لا يبدو واعدا حقا. وعلى رغم أنها كانت تنوي الاستمرار في المعالجة الكيماوية، فإنها أخبرته بأن تلك المعالجة سوف تستنزف مقدارا ضخما من قوته ووقته، ومن قوة ووقت أسرته.

لم يكن رد فعل المريض حينها أنه انغلق على نفسه أو ثار، بل بقي يطرح الأسئلة مدة ساعة كاملة. ظل يسأل عن هذا العلاج وذاك العلاج. واتجه حديثه بالتدريج إلى السؤال عما سيحدث لو أصبح الورم أكبر، وما الأعراض التي ستظهر عنده، وما الطرق المتاحة لضبط الأعراض، وكيف ستكون نهاية الحياة.

ثم قابلتْ طبيبة الأورام المريضَ الشاب برفقة أسرته، ولكن المحاورة لم تكن سلسة. كانت هناك زوجة وأطفال، ولم تكن زوجته في البداية مستعدة لأن تنظر في احتمال إيقاف المعالجة الكيماوية. ولكن بعد أن طلبت طبيبة الأورام من الزوج أن يشرح بلغته هو ما كان قد ناقشه مع الطبيبة، وشرحَ الموضوع، فهمت الزوجة.

وحدث الشيء نفسه بالنسبة إلى أمه، وهي ممرضة. أما والده فقد جلس في تلك الأثناء هادئا، ولم ينبس بكلمة طوال الوقت.

عاد المريض ليحاور طبيبة الأورام بعد ذلك بعدة أيام، وقال: «لا بد أن هناك طريقة، لا شك أن هناك طريقة!» كان والده قد أطلعه على بعض التقارير عن العلاج استخرجها عن طريق الإنترنت. ولم يخفِ المريض كم كان تأثير الأخبار سيئا في والده. إن أي مريض لا يريد أن يكون مصدر ألم لعائلته. تقول سوزان بلوك إن نحو ثلثي المرضى يقبلون أن يتلقوا علاجات لا يرغبون فيها إذا كان أحبتهم يريدون ذلك.

ذهبت طبيبة الأورام إلى بيت الوالد لتقابله، وكانت بحوزته حزمة من الأوراق كان قد طبعها من الإنترنت، وراجعت الطبيبة كل تلك التقارير، وكانت كما قالت للأب مستعدة لتغيير رأيها. ولكن الذي ظهر من خلال المراجعة أن المعالجات كانت إما لأورام في الدماغ مختلفة تماما عن الورم لدى الشاب، أو أن المريض لم يكن لديه من الكفاءة ما يمكنه من تلقيها. كما أنه لم يكن أي من المعالجات قابلا لأن يُحدث المعجزات. وأخبرت الأب أن الوقت الذي يملكه ابنه وقت محدود، وأن الشاب سيحتاج مساعدة والده في أثناء تلك المرحلة.

أشارت طبيبة الأورام، وهي تتذكر تلك الأحداث مع ابتسامة تنم عن الضيق، إلى أنه كم سيكون الأمر أسهل بالنسبة إليها لو أنها أمرت بإجراء المعالجة الكيميائية من دون كل تلك الأحاديث. ولكنها أضافت: «كان ذلك اللقاء مع الأب هو نقطة تحول». لقد اختار كلٌّ من المريض وأسرته الاعتماد على نظام الهوسبيس، وقضوا أكثر من شهر معا قبل أن تدركه المنية. وقد شكر الأب الطبيبة فيما بعد، وقال إن العائلة ركزت في ذلك الشهر الأخير على التمتع بالحياة المشتركة ولا شيء آخر، وفعلا كان ذلك أكثر شهر حافلٍ بالمعاني في حياتهم.

عندما نُظر في المدة التي يجب أن تستغرقها بعض تلك المحاورات، وضع بعض من اهتم بذلك الموضوع الاعتبار المالي في صدارة المشكلات التي تواجهها تلك المحاورات: فنحن ندفع للأطباء ليُجروا المعالجات الكيماوية والعمليات الجراحية، لا ليقضوا أوقاتا في فرز الحالات التي تحتاج إلى تلك العلاجات من غيرها. هذا يشكل عاملا من العوامل بالتأكيد، لكن القضية ليست مالية بحتة؛ فهي تنبع من جدل لم

يُحسم حتى الآن حول وظيفة الطب الحقيقية... بعبارة أخرى: ما الذي يجب أن ندفع للأطباء ليفعلوه وما الذي يجب ألا ندفع للأطباء ليفعلوه؟

أول جواب يخطر في البال هو أن الطب وُجد ليكافح الموت والمرض، وصحيح بالطبع أن هذه هي الوظيفة الأساسية والأولى للطب. فالموت هو العدو. ولكن العدو لديه قوى لا تقهر، ولهذا فهو يفوز في نهاية المطاف. فحينما تدخل في حرب لا يمكن لك أن تكون المنتصر فيها فإنك لا تريد قائدا يمضي في القتال إلى حد إفناء كل ما لديه من قوات، فما تحتاج إليه ليس «كستر» Custer(*)، ولكنك تحتاج إلى روبرت إي. لي Robert E. Lee، قائد يعرف كيف يقاتل لكسب الأراضي حينما يكون القتال مجديا، ومتى يسلم الأراضي حينما لا يكون القتال مجديا: تحتاج إلى شخص يفهم أن أكبر الضرر يحدث حينما تبقى تقاتل حتى النهاية المأساوية.

لكن واقع الطب في هذه الأيام لا يكون الطبيب فيه من نوع كستر ولا من نوع لي غالبا، فكأننا نحن الأطباء نتجه إلى أن نكون أكثر فأكثر من نوع القائد الذي يسير بجنوده إلى الأمام، ويقول لهم باستمرار: «أخبروني حينما تحبون أن أتوقف». فنحن نقول للمريض الذي لا يرجى شفاؤه إن المعالجة الشاملة هي نوع من القطار الذي يمكنه مغادرته في أي وقت، وما عليه إلا أن يعلن رغبته في اللحظة التي يشاء. ولكن ما نطلبه من المريض هو في نظر أكثر المرضى وأسرهم شيء يتجاوز إمكاناتهم، فترى الريب والخوف واليأس قد سمَّم المريض وعائلته؛ وبعض المرضى يعانون وهما يظنون وفقه أن العلم الطبي قادر على المستحيلات. وواجبنا نحن الأطباء أن نتعامل مع أولئك البشر وفق واقعهم. فالموت يمر بالإنسان مرة لا غير، ويعني هذا أن من يواجه الموت لا يملك خبرة سابقة في هذا المجال الجديد، فهم يحتاجون إلى أطباء وممرضات مستعدين للخوض في المحاورة الصعبة ليخبروهم بما شاهدوه، ويقدموا للمريض وأسرته المساعدة في الاستعداد لمحنتهم المقبلة؛ لعلهم يتغلبون على الشعور بأن المريض يُرمى في مستودع ينسى فيه علاقته مع الحياة، وهي حالة لا يريدها أحد بكل تأكيد.

كانت سارا مونوبولي قد تحدثت بما فيه الكفاية لتعلم أسرتها وليعلم طبيب الأشعة أنها لا ترغب في أن تكون نهايتها في المستشفيات وفي وحدات العناية المركزة،

(*) القائد الذي هُزِم وقُتِل في العام 1876 في قتاله ضد الهنود الحمر مما جعل الناس ينسون كل انتصاراته السابقة. [المترجم].

ولكنها لم تحصل على محاورة تكفي لتدرك كيف تحصل على غايتها. فمن تلك اللحظة التي وصلت فيها من ذلك الصباح من يوم الجمعة في فبراير إلى غرفة الطوارئ، جرى تسلسل الحوادث بعكس ما ترغب فيه من نهاية هادئة. لكن كان هناك شخص واحد لم يشعر بالراحة لما يحدث، وقرر في النهاية أن يتدخل، إنه تشاك موريس Chuck Morris، طبيب العناية الأساسية الذي كان يعتني بسارا. كان تشاك موريس على مدى العام الفائت، وفي مراحل تقدم مرض سارا، قد ترك لسارا نفسِها ولأسرتها ولفريق معالجة الأورام اتخاذ القرارات الخاصة بها. لكنه بقي مع ذلك يقابلها ويقابل زوجها بانتظام، ويستمع لما يقلقهما. ولكن موريس كان الشخص الوحيد الذي فكر الزوج ريتش في دعوته في ذلك الصباح اليائس، وذلك قبيل الدخول إلى سيارة الإسعاف، وهكذا توجه موريس إلى غرفة الطوارئ وقابل سارا وريتش في وقت وصولهما.

قال موريس عن ذات الرئة إنه قد يمكن علاجه. ولكنه تابع مخاطبا ريتش: «أنا قلق حيال هذا، أنا قلق حقا حول سارا». وطلب من ريتش أن يوصل هذه الرسالة إلى بقية الأسرة.

ثم لاقى موريس سارا في الدور الثاني، وتحدث إليها وإلى ريتش حول الطرق التي عمل السرطان بها على إضعاف جسمها، مما جعل من الصعب عليه أن يدافع عن نفسه ضد الإصابات الجرثومية. وقال إنه حتى إذا تمكنت المضادات الحيوية من أن توقف الإصابة، فإنه يريدهم أن يتذكروا أنه لا شيء سوف يوقف السرطان.

أخبرني موريس وهو يصف ما حدث أن وجه سارا كان شاحبا كالموتى. وأضاف: «كان نَفَسُها متلاحقا جدا، ولم يكن مما يريح النفس أن ينظر إليها الإنسان، ولاأزال أذكر الزيارة»، ثم وصف هنا زيارة طبيب الأورام الذي أدخلها لعلاج ذات الرئة.

قال موريس عن الزيارة: «كان طبيب الأورام متوترا إلى حد ما حيال كل حالة سارا، وحينما تقول عن طبيب بمثل خبرته إنه متوتر فإن هذا ينبئ بأن المشكلة عويصة حقا».

وتحدث موريس أيضا إلى والدي سارا بعد أن وصلا، وبعد أن انتهت المحاورة اتفقت سارا وأسرتها على خطة. وتقضي الخطة بأنهم سوف يستمرون في أخذ المضاد الحيوي وفق أوامر الفريق الطبي، ولكن إذا تدهورت الأمور، فإنهم لن يُرَكِّبوا لسارا

جهاز التنفس. كذلك وافقت العائلة على أن يدعو الدكتور موريس فريق العناية التلطيفية ليزوروا سارا.

وصف فريق العناية التلطيفية لها جرعة صغيرة من المورفين، مما أدى إلى تحسين تنفسها حالا. ورأت أسرتها كم تضاءلت معاناتها، وظهرت لديهم فجأةً رغبة في تخليص سارا من أي مقدار من المعاناة. ففي الصباح التالي كان أفراد أسرتها هم الذين أوقفوا عمل الفريق الطبي.

قالت لي والدتها دون وهي تصف ذلك: «كانوا يزمعون أن يُرَكِّبوا لها قسطرة، وأن يحقنوها بمواد أخرى. وقلت لهم: لا، لا تفعلوا. لا تعملوا لها شيئا. لم أكن أبالي إذا بلّلت سريرها. كانوا يريدون أن يعملوا تحليلات مختبر، وأن يفصحوا ضغط الدم، وأن يخزوا إصبعها، وذلك لوضع النتائج في سجلاتهم، ولكني لم أكن مهتمة على الإطلاق بسجلاتهم. لهذا سرت إلى مكان رئيسة الممرضات، وطلبت أن يوقفوا تلك الفحوص».

لم يؤد أي شيء تقريبا مما فعلناه لسارا على مدى الشهور الثلاثة الأخيرة – لا شيء من تصوير المسح الضوئي أو تحليلات المختبر أو زيادة دورات المعالجة الكيماوية – فيما يبدو إلى أي نتيجة إلا تدهور حالتها. لعلها كانت ستعيش أطول لو أن تلك المحاولات لم تحدث. غير أنها ارتاحت على الأقل من ذلك في نهاية المطاف.

في ذلك اليوم الذي نتحدث عنه، فقدت سارا وعيها، وذلك نتيجة زيادة الفشل في جسمها، ويذكر ريتش حينما يصف ذلك: «كان ذلك الأنين المريع لا يتوقف طوال الليل التالي». لا يمكن للموت طبعا أن يعطي جمالا. وتابع ريتش: «لا أذكر بالضبط ما إذا كانت المعاناة حين كانت تستنشق الهواء أو حين تخرجه، ولكن كان جلوسي واستماعي لها في ذلك الوقت شيئا رهيبا، رهيبا، رهيبا».

كان والدها وشقيقتها لايزالان يعتقدان أنها قد تستعيد قوتها، ولكن حينما خرج أفراد الأسرة من الغرفة وبقي الزوج ريتش وحده، ركع إلى جانب سارا وأخذ يبكي، وأخذ يهمس في أذنها: «لا بأس، إذا كان عليك أن تغادري الحياة فلا تتمسكي بها. لا تكافحي أكثر، وسوف نلتقي قريبا».

قال ريتش إن تنفسها تغير في وقت لاحق من ذلك الصباح، فقد صار أبطأ، وأضاف: «كانت نظرة سارا مثل نظرة المدهوش، وأخرجت نفسا طويلا، ثم توقفت عن التنفس».

7

محاورات صعبة

«تأتي مرحلة يصبح فيها من الضروري أن يتحدى الطبيب مريضه حتى يعيد التفكير في أولوياته ومعتقداته»

قمت بعد فترة من هذه الأحداث برحلات إلى خارج البلاد، وصادفني أن حاورت طبيبين من أوغندا وكاتبا من جنوب أفريقيا. وفي غضون الحديث أخبرتهم عن حالة سارا وسألتهم عن رأيهم فيما كان يجب أن تكون الإجراءات عليه في حقها. بدت الخيارات التي عُرضت على سارا في أعينهم نوعا من التبذير، وأضافوا أن أكثر الناس الذين يعانون مرضا قاتلا في بلادهم لا يأتون إلى المستشفى أصلا، وحتى الذين يأتون إلى المستشفى في تلك الظروف لا يتوقعون ولا يتحملون المبالغات التي تحدث في تشكيلة بعد تشكيلة من المعالجة الكيماوية، أو الإجراءات الجراحية التي يلجأ إليها الأطباء بوصفها حلا

أخيرا، أو ما يلجأون إليه من المعالجات التجريبية... لا يقبل المريض هذا حينما تكون النتيجة النهائية واضحة بشكل كئيب. يضاف إلى هذا أن النظام الصحي في تلك البلاد لا يملك من المال ما يكفي لمثل تلك الإجراءات.

ولكن حديث المحاورين انتقل بشكل طبيعي إلى حديثهم عن خبراتهم هم، وبدت خبراتهم مألوفة: من ذلك ما أخبروني به عن جد عجوز وضع في خدمة دعم المعيشة على رغم معارضته، وقريب أصيب بسرطان الكبد الذي لا يمكن شفاؤه وتوفي في المستشفى نتيجة لعلاج تجريبي، وشقيق الزوجة أُصيب بورم قاتل في الدماغ وتلقى مع ذلك دورة بعد دورة من المعالجة الكيماوية لم يكن لها من أثر إلا أن أوهنت المريض أكثر فأكثر. قال الكاتب جنوب الأفريقي عن ذلك: «كانت كل دورة مرعبة أكثر من سابقتها. لقد رأيت كيف كان الدواء يلتهم لحمه، ولايزال أبناؤه يعانون رضوضا نفسية، فهو لم يكن يستطيع أبدا أن يسلم نفسه للموت».

إن بلادهم التي يتحدثون عنها تمر بتغيرات. فخمسة من أسرع عشرة اقتصاديات العالم نموا توجد في أفريقيا[1]، وبحلول العام 2030 سيكون نصف سكان العالم إلى ثلثيهم من الطبقة الوسطى[2]. إن أعدادا هائلة من الناس يقتربون من التمكن من شراء بضائع استهلاكية مثل التلفاز والسيارات، ويشمل هذا الحصول على العناية الطبية. يظهر من الإحصاءات في بعض المدن الأفريقية[3]، مثلا، أن نصف المسنين ممن تجاوزوا الثمانين يموتون الآن في المستشفى، بل إن نسبة تزيد على النصف ممن أعمارهم أقل من الثمانين يموتون في المستشفى أيضا. والواقع أن هذه الأرقام تفوق الأرقام في أكثر الدول المتقدمة في هذه الآونة. فقصة سارا صارت لها شبيهات في كل العالم، فتزايد دخل الفرد يعني أن القطاع الخاص من العناية الصحية يزداد بسرعة، ويغلب أن يكون دفع التكلفة نقدا. ويتوجه الأطباء في كل مكان إلى أن يسارعوا إلى إعطاء المرضى وأسرهم آمالا كاذبة، مما يدفع الأسر إلى تفريغ حساباتها المصرفية[4]، أو بيع البذور التي تلزمها للزراعة، أو إنفاق النقود المدّخرة لتعليم أبنائها على معالجة لا جدوى منها. غير أننا نجد في الوقت نفسه أن برامج الهوسبيس بدأت تنتشر في كل مكان، من كمبالا إلى كينشاسا، من لاغوس إلى ليسوتو، ولا حاجة بالطبع إلى ذكر بومباي إلى مانيلا[5].

يحدد المختصون ثلاث مراحل من تطور الطب تمر الدول خلالها بما يتوازى مع تطورها الاقتصادي[6]. ففي المرحلة الأولى، وحينما تكون الدولة في فقر شديد، تحدث أكثر حالات الوفاة في البيت، لأن الناس لا يملكون ما يمكنهم من الحصول على التشخيص والمعالجة المتخصصة. وفي المرحلة الثانية، وبعد أن يكون اقتصاد البلاد قد تطور، وانتقل السكان إلى مستوى أعلى من الدخل، يوفر تزايد الموارد المالية إمكانيات طبية أوسع يستفيد منها السكان، ففي تلك المرحلة يتوجه الناس إلى أنظمة العناية الصحية حينما يعانون المرض. وتكون وفاتهم في النهاية غالبا في المستشفى وليس في البيت. ثم في المرحلة الثالثة، وحينما ترتفع مداخيل البلاد إلى أعلى مستوى، يصبح لدى الناس ما يكفي من الموارد لجعلهم يهتمون بنوعية حياتهم، حتى وهم في حالة المرض، وتزيد حالات الوفاة في البيت في الواقع كما في المرحلة الأولى.

هذا النموذج هو ما يبدو سائدا في الولايات المتحدة. ففي الوقت الذي تناقص فيه عدد حالات الوفاة في البيت من أكثرية واضحة في العام 1945 إلى 17 في المائة فقط في أواخر الثمانينيات من القرن الماضي، بينما حدث في التسعينيات أن انعكس الاتجاه، فاختيار نظام الهوسبيس ظل من وقتها يتزايد باستمرار[7]؛ حتى إن 45 في المائة من الأمريكان تُوفوا وهم على نظام الهوسبيس بحلول العام 2010، وأكثر من نصف هؤلاء تلقوا عناية الهوسبيس في مساكنهم، بينما تلقى الباقون تلك العناية وهم في مؤسسة، وتكون هذه المؤسسة عادة إما مرفقا يقدم خدمات الهوسبيس للأفراد المصابين بمرض ينتهي بموتهم، وإما بيتا للتمريض، وهذه من أعلى النسب في العالم.

إن ما يحدث هو تحول ضخم. فالناس في هذه البلاد وفي مختلف أرجاء العالم تتوافر لديهم خيارات بديلة أكثر فأكثر عن الذبول في مسكن الشيخوخة أو الوفاة في المستشفى، ويختار ملايين المسنين الآن تلك الخيارات البديلة. ولكن علينا أن نقول من ناحية أخرى إننا في وقت لم يتوافر فيه الاستقرار. صحيح أننا بدأنا بالتخلص من طريقة قضاء الشيخوخة وتلقي الموت ضمن نظام المؤسسات التقليدية، ولكننا لم نرسخ بعد البديل الذي يناسبنا. فنحن نعاني الآن المرور بفترة انتقالية. فمهما كان النظام القديم بائسا، فإن كل واحد منا يعرفه معرفة الخبير. نحن نعرف كل تحرك

وماذا يقابله من تحرك وفق ذلك النظام القديم، فالمريض يختار أن يؤدي دور المريض، والطبيب السريري يقبل بأن يحاول إعادة العافية إلى المريض، مهما كان احتمال النجاح في هذا ضئيلا، ومهما انطوت عليه محاولة المعالجة من شقاء وضرر وتكاليف. ولكنها في هذه الطريقة الجديدة، والتي نحاول من خلالها أن نكتشف كيف نواجه كوننا فانين ونحتفظ بجوهر الحياة ذات المعنى، بولاءاتها وفرديتها، فإننا مبتدئون مماطلون. وينتقل المجتمع عبر منحنى تعليمي، ينخرط فيه فرد بعد فرد إلى مرحلة جديدة، وهذا ينطبق علي، طبيبا وإنسانا.

كان والدي في أوائل السبعينيات حينما اضطررت إلى أن أدرك أنه قد لا يعيش إلى الأبد. كانت صحة والدي من قبل مثل صحة الثور المقدس، يلعب التنس ثلاث مرات في الأسبوع، ويؤدي عمله في عيادة نشطة لأمراض المسالك، ويشغل منصب رئيس نادي الروتاري المحلي. كانت طاقته هائلة، وكان يقوم بمشاريع إحسان كثيرة، بما في ذلك العمل مع كلية هندية محلية أسسها هو، فقد طورها من بناء واحد إلى حرم جامعي يضم نحو ألفي طالب. كنت كلما آتي إلى بيت والدي أجلب معي مضارب التنس الخاصة بي، ونخرج معا إلى الملاعب المحلية. كان يلعب وعيناه على الفوز، وكذلك أنا. فتراني أرمي الكرة الناعمة (drop shot) لكسب نقطة، وتراه يفعل الشيء نفسه، أو تراني أرمي الكرة المراوغة (lob)، كما أنه يفعل الشيء نفسه. كان والدي قد اعتاد بعض عادات المسنين، مثل التمخط على أرض الملعب كلما خطر في باله أن يفعل ذلك، أو أن يجعلني أجري خلف كرات التنس التي تفلت منا بعيدا. ولكني كنت أنظر إلى هذه العادات على أنها حق الوالد في الشعور بأن له ميزة حين يتعامل مع ولده، وليس أنها من علامات الشيخوخة. لم يحدث على الإطلاق على مدى ما يزيد على ثلاثين عاما من ممارسة العمل الطبي أن ألغى حضوره للعيادة أو عمليات الجراحة لمرضاه بعذر المرض. لهذا فحين ذكر والدي أنه بدأ يحس بألم في عنقه يمتد هابطا عبر ذراعه اليسرى ويسبب وخزا خفيفا في رؤوس أصابع يده اليسرى، لم يعطِ لا هو ولا أنا أهمية كبيرة للموضوع. عمد إلى عمل صورة إكس لرقبته، وظهر في الصورة أنه مصاب بالتهاب مفصلي (arthritis) لا أكثر، وهكذا أخذ دواء مضادا للالتهاب، وتلقى معالجة فيزيائية، وتخلى عن ضربة تسديد مفضلة في الكرة الطائرة على مستوى ما فوق الكتف (overhead serve)، لأنها كانت تزيد الألم. أما في كل الأمور الأخرى فبقيت حياته على ما هي.

لكن الألم في الرقبة ظل يتزايد على مدى العامين التاليين، فلم يعد من السهل له أن يرتاح في النوم، كما أن الوخزة الطفيفة في رؤوس أصابع يده اليسرى أصبحت خدرا حقيقيا، وانتشر الخدر إلى كل يده اليسرى. لاحظ والدي وقتها أنه لم يعد سهلا عليه أن يحس بالخيط حينما يربط القطبة في أثناء استئصال القناة الدافقة vasectomy للذكور. وفي ربيع العام 2006 أمر طبيبُه بعمل صورة رنين مغناطيسي «MRI»لرقبته، وكانت النتيجة صدمة مذهلة، فقد ظهر في التصوير ورم ينمو داخل النخاع الشوكي.

كانت هذه هي اللحظة التي مررنا فيها من عالم إلى عالم آخر، ففي لحظة، لم يعد شيء من حياة والدي وتوقعاته يبدو على حاله. ها قد دخلت أسرتنا كما دخل من كان قبلنا في مواجهة مع حقيقة الموت، فقد صار علينا آباءً وأمهاتٍ أو أبناءَ أن نواجه هذا الاختبار: ما إذا كان الطريق الذي سنتبعه في التعامل مع والدي سيختلف عما اتبعته أنا، وبوصفي طبيبا، مع مرضاي. لقد بدأ الاختبار فعلا، وكأننا في قاعة الامتحان، وقد وُزِّعت أقلام الرصاص العادية، وبدأ عداد التوقيت، ومع ذلك فلم تنتبه أذهاننا إلى أن الامتحان قد بدأ.

أرسل إليّ والدي الصور بالإيميل، وتكلمنا بالهاتف ونحن ننظر إلى الصور وهي في اللاب توب عندي وعنده. إنه ورم يكاد يثير الغثيان، فقد امتد حتى ملأ قناة العمود الفقري كلها، وامتد من فوق حتى وصل إلى قاعدة الدماغ، على مستوى لوح الكتف. يشعر المرء بأن الورم قد أزال النخاع الشوكي من مكانه. تعجبت في الواقع كيف لم يصَب بالشلل، عجبت أن كل ما نتج عن الإصابة حتى الآن كان هذا الإحساس بالخدر في يده، وأن هناك ألما في الرقبة. لكننا لم نتحدث أنا وهو عن أي شيء من هذا، فقد كنا نواجه صعوبة في العثور على أمور آمنة يمكن أن نتحدث عنها. سألته عن رأي طبيب الأشعة فيما يحتمل أن تكونه الكتلة، وقال إن التقرير ذكر مجموعة مختلفة من الأورام، منها الحميد ومنها الخبيث. وسألته: هل ورد في التقرير ما يشير إلى احتمالات أخرى غير الورم؟ وقال إنه لم يرد شيء آخر في الحقيقة. وهكذا كنت أنا وهو، وكلانا جراح، نضرب الأخماس في الأسداس حول الطريقة التي يمكن أن يزال بها مثل هذا الورم. ولكن لم تظهر لنا طريقة، وخلد والدي إلى الصمت. وقلت أنا فلنزر جراح أعصاب قبل أن نقفز إلى أي نتائج.

بما أن سرطانات النخاع الشوكي نادرة، فيندر أن تكون لدى جراح الأعصاب خبرة كبيرة في هذا، فمن مرت عليه اثنتا عشرة حالة يعتبر قد اطلع على حالات كثيرة، ومن أكثر جراحي الأعصاب أولئك خبرة واحد في عيادة كليفلاند، وهي تبعد 320 كم عن منزل والديّ، وكذلك هناك آخر في المستشفى الذي أعمل به في بوسطن. وقد ضربنا موعدا مع كلا الطبيبين.

كان الحل لدى كلا الجراحين هو الجراحة، فقد عرض كل منهما أن يفتح النخاع الشوكي – ولم أكن أعلم أصلا أن هذا ممكن – وأن يستأصل من الورم أكثر ما يستطيع، غير أنهما لن يستطيعا أن يزيلا إلا جزءا من الورم، فمصدر الضرر الرئيسي لهذا الورم يكمن في نموه في حدود المساحة المحدودة للقناة الشوكية – وهذا الوحش قد كبر إلى حد لم يعد يكفيه قفصه، فكتلة الورم كانت تضغط النخاع الشوكي بشدة على عظام العمود الفقري، مما يسبب الألم، ويسبب كذلك تخريب ألياف الأعصاب التي يتكون منها النخاع الشوكي. ولهذا فقد اقترح كلا الجراحين كذلك إجراء القصد منه توسيع الفراغ حتى ينمو الورم فيه. كان كلا الجراحين يهدف إلى إزالة الضغط عن الورم، وذلك بفتح الطرف الخلفي للعمود الفقري، وبتثبيت الفقرات بالقضبان. يشبه الوضع إزالة الجدار الخلفي لعمارة عالية واستبداله بأعمدة لمنع الطوابق من السقوط.

طلب جراح الأعصاب في المستشفى الذي أعمل فيه أن يجري العملية من دون إبطاء، فقد أخبر والدي أن الحالة خطرة، لأنه قد يُصاب بشلل رباعي في غضون أسابيع، ولا يوجد خيار آخر؛ فلا المعالجة الكيماوية ولا العلاج بالأشعة تقارب في فعاليتها الجراحة في وقف تقدم الورم. قال الجراح إن العملية لها أخطار، ولكن الأخطار لا تشعره بالقلق، بل كان أكثر قلقا بشأن الورم. وقال إن على والدي أن يتصرف قبل أن يفوت الوقت.

أما جراح الأعصاب من عيادة كليفلاند فقد رسم صورة أكثر غموضا، فقد اقترح العملية نفسها، ولكنه لم يطلب سرعة إجرائها. وقال إنه مع أن بعض سرطانات النخاع الشوكي تتقدم بسرعة، فقد رأى سرطانات كثيرة تستغرق سنوات طويلة في تقدمها، ويكون تقدمها عبر مراحل، وليس بشكل كلي. وقال إنه لا يعتقد أن والدي سينتقل من خدر في اليد إلى شلل كامل في لمح البصر. لهذا فالسؤال في حالة والدي

هو متى سيدخل غرفة العمليات؟ وهو، أي الجراح، يعتقد أن الوقت المناسب يكون حينما تصبح الحالة غير محتملة بالنسبة إلى والدي إلى حد أنه سيختار العملية بنفسه. من ناحية أخرى لم يكن هذا الجراح متفائلا حول أخطار العملية بمقدار ما كان جراح الأعصاب الأول، فقد قال إن العملية نفسها تنطوي على خطر بمقدار الربع أن تكون هي نفسها سبب الشلل الرباعي أو الوفاة. فوالدي كما قال هذا الجراح سيحتاج إلى أن «يرسم خطا في الرمل»(*). فهل وصلت أعراضه فعلا إلى درجة بلغت من السوء بحيث تستدعي الجراحة على الفور؟ أم هل عليه أن ينتظر حتى يبدأ يشعر بأعراض في يده تهدد قدرته على إجراء العمليات؟ أم هل يريد أن ينتظر حتى لا يعود قادرا على المشي؟

كان من الصعب أن يتقبل والدي وبقية الأسرة مثل هذه المعلومات؛ ولكن كم مرة أعطى والدي مريضه أخبارا سيئة مثل ما يتلقاه الآن من أن المريض مصاب مثلا بسرطان البروستات، وعلى هذا فإن عليه أن يتخذ قرارات صعبة، مثلما يحتاج والدي أن يتخذ قرارات صعبة الآن. وكم مرة فعلت أنا ذلك؟ ولكن على رغم كل هذه الحقائق فإن الخبر كان وقعه مثل ضربة في الصميم. لم يصل أي من الجراحَين إلى حد القول إن الورم قاتل، ولكن لم يقل أي من الجراحَين في المقابل إن الورم يمكن استئصاله، وإنما كل ما يمكن النجاح فيه هو «إزالة الضغط عن الورم».

يمكن أن نقول نظريا إن الفرد عليه أن يتخذ قراراته حول الحياة والموت بشكل تحليلي، أي على أساس من الحقائق. ولكن الحقائق في حالة والدي كانت مختلطة بالفجوات والشكوك: كان الورم من نوع نادر، ولا توجد تنبؤات واضحة يقدمها الأطباء. كان على والدي حتى يؤدي الاختيارات أن يجد طريقة لملء الفجوات، وكان ما اعتمد عليه والدي لملء الفجوات هو مخاوفه. كان يخاف من هذا الورم وماذا يعني بالنسبة إليه، وكان يخاف أيضا من الحل الذي يقدم إليه. لم يكن يتصور أن يُشق نخاعه الشوكي. كان من الصعب بالنسبة إليه أن يضع ثقته في أي عملية لا يفهمها، أي عملية لا يشعر بأنه قادر على أن يؤدي مثلها بنفسه. لذلك أخذ والدي يسأل الجراحين أسئلة كثيرة عن الطريقة

(*) أي أن يضع حدودا. [المترجم].

المحددة التي ستجري بها العملية: ما هو الجهاز الذي ستستخدمه في الوصول إلى الحبل الشوكي؟ هل تستخدم المجهر؟ كيف تقطع الورم؟ كيف ستكوي الأوعية الدموية؟ ألا يحتمل أن يؤدي الكي إلى أن يضر بالألياف العصبية للنخاع الشوكي؟ نحن نستخدم الأدوات الفلانية للتحكم في نزف البروستات في عمليات المسالك؛ أليس من الأفضل أن تستخدم الطريقة نفسها؟ ولِمَ لا؟

لم تعجب أسئلة والدي كثيرا جراح الأعصاب الذي يعمل في المستشفى الذي أعمل فيه. لقد أجاب عن الأسئلة الأولى بدقة، ولكنه بدأ يضيق ذرعا بعد أن تكاثرت الأسئلة. إنه بروفسور مشهور، وكان رد فعله هو رد الفعل المتوقع منه: سلطوي، واثق بما عنده، منهمك في مشاغله.

قال الجراح لوالدي: إن الورم خطير فعلا، وإنه صاحب خبرة غير قليلة في معالجة الأورام، بل في الحقيقة لا يوجد أحد لديه خبرة أكثر. وأضاف الجراح إن السؤال الذي يواجه والدي هل يريد عمل شيء بالنسبة إلى ورمه، فإذا كان يريد عمل شيء فإن الجراح مستعد للمساعدة. وإما إذا كان لا يرغب في ذلك، فهذا الخيار خياره.

بعد هذا الحديث من الجراح لم يعد أبي يسأل أي أسئلة أخرى. لكنه كان قد قرر في الوقت نفسه أن هذا الجراح لن يكون جراحه.

غير أن جراح عيادة كليفلاند، واسمه إيدوارد بنزل Edward Benzel، أبدى مقدارا لا يقل عن الجراح السابق من الثقة بالنفس، ولكنه لاحظ أن أسئلة والدي لم يكن مصدرها إلا الخوف، ولهذا فقد صبر على أسئلته، وأجاب عنها، حتى حينما كانت الأسئلة مزعجة. كان يسبر كنه والدي في غضون ذلك، فكان مما قال إن والدي يبدو أكثر قلقا مما قد تسببه العملية من قلقه مما قد يسببه الورم.

وكان جواب والدي أن هذا صحيح، لأنه، أي والدي، لم يكن يريد أن يغامر بخسارة قدرته على العمل جراحا من أجل معالجة غير مؤكدة النتائج. قال الجراح عند ذلك إنه لو كان في مكان والدي فلعله كان سيحس الإحساس نفسه.

كان بنزل يتميز بقدرة على أن ينظر إلى من يكلمه بطريقة تُشعر هذا الآخر بأنه ينظر إليه فعلا، مما يشعر الفرد بقيمته. كان بنزل أطول من والديَّ بعدة بوصات، ولكنه كان يهتم بأن يجلس معهما في مستواهما لا أعلى منهما. كما أنه كان يدير كرسيه عن الحاسوب ويجلس متوجها بكليته إلى ضيفيه، ولم يكن يتململ

أو يهتز في مقعده كناية عن الضجر، بل لم يكن يظهر عليه رد فعل لما يقوله والدي. كان عنده تلك العادة التي يصادفها المرء عند أهل غرب وسط البلاد من أنهم ينتظرون هنيهة بعد سماع الآخر يقول قوله قبل أن يردوا عليه، وذلك للتأكد من أن الآخر ليست لديه أمور أكثر ليقولها. كانت عيناه صغيرتين سوداوين تطلان من خلال نظارة ذات إطار معدني، وفمه يختفي خلف لحية خشنة كثة رمادية كالتي يسمونها فان دايك Van Dyke، غير أنه يمكن للمراقب أن يلاحظ الرمز الوحيد على ما يفكر فيه وهو بعض التغضن على جبينه اللامع المستدير. في نهاية المطاف بدأ الدكتور بنزل يوجه الحديث ليكون التركيز على الموضوع الرئيسي. فالورم أمرٌ شديد، ولكنه فهم الآن شيئا عما يقلق والدي. لقد بدأ يستقر في ذهنه أن أبي لديه بعض الوقت لينتظر ويرى سرعة تغير الأعراض. يمكنه إذن أن يؤجل الجراحة حتى يشعر بأن والدي يحتاج إليها. وقرر والدي أن يختار بنزل وعلاجه. أعد والداي خطة للعودة خلال شهور عدة لفحص جديد، ولكنهما وعدا أنه إذا ظهرت علامات على تغير مهم فسوف يأتيان قبل ذلك.

والسؤال هنا: هل كان تفضيل والدي الدكتور بنزل لأنه ببساطة صور حالة والدي في صورة أفضل وأقل إثارة للهلع إلى حد ما مما يحدث عادة عند الإصابة بالورم؟ لعل هذا هو الواقع، فهذا شيء مشاهَد. فالمرضى يميلون إلى أن يكونوا متفائلين[8]، وإن كان معنى هذا أن يختاروا الطبيب الذي قد يقع في الغلط. علينا أن ننتظر حتى يكشف الزمن. من المؤكد على كل حال أن بنزل بذل ما يكفي من جهد لفهم ما الذي يضعه والدي في الاعتبار الأول، وهذا أمر له أهمية قصوى. لهذا فإنه قبل أن يكون قد انقضى نصف الزيارة فإن والدي كان قد قرر أن بنزل هو الطبيب الذي سيعطيه الثقة.

كما أنه قد ثبت في النهاية أن بنزل هو الطبيب الذي أصاب الحقيقة. فلم يلاحظ والدي مع مرور الوقت أي تغير في الأعراض، ولذلك قرر أن يؤجل موعد المتابعة. ولم يعُد إلى بنزل أخيرا إلا بعد مرور سنة. وفي هذه الزيارة أجرى له تصوير رنين مغناطيسي جديدا، وظهر من خلاله أن الورم قد تضخّم، بينما لم يظهر من خلال الفحص الجسمي أي نقص في قوة والدي أو إحساسه أو حركته. لهذا قرر الأطباء أن يعتمدوا بشكل رئيسي على إحساسه وليس على ما يدل عليه التصوير. فتقرير

تصوير الرنين المغناطيسي فيه كثير من الأمور المقلقة، ففيه مثلا: «تظهر زيادة ملحوظة في حجم الكتلة العنقية cervical mass على مستوى الغمد النخاعي medulla والدماغ الأوسط». ولكن مرت شهور كاملة من دون أن يحدث أي تغيير يؤثر في طريقة حياته.

صحيح أن ألم العنق بقي مصدر إزعاج، ولكن أبي تعلم من خلال التجربة أفضل وضعية للنوم خلال الليل. وحينما جاء موسم البرد القارس، وجد والدي أن الخدر في يده اليسرى قد أصبح إحساسا بالبرد في عظامه، ولذلك لجأ إلى لبس القفازات، بطريقة مايكل جاكسون، حتى داخل الأبنية وفي البيت. أما بخلاف ذلك، فقد بقيت حياته على ما هي: يسوق السيارة، ويلعب التنس، ويؤدي أعماله الجراحية، ويعيش حياته الطبيعية. كان والدي يعلم، وكذلك كان جراح الأعصاب الذي يعالجه يعلم، ماذا يخبئ المستقبل، غير أنهما كانا يعلمان أيضا ما الذي له أعلى قيمة عند والدي، ولهذا فقد اعتزما أن يتركا الأمور تجري من دون تدخل. وبقيت أذكر من خلال هذه التجربة أن هذه هي الطريقة التي يجب أن أتعامل بها مع مرضاي، وأنها الطريقة التي يجب أن يتعامل بها السلك الطبي مع المرضى.

كانت كلية الطب قد طلبت منا، أنا وزملائي في الكلية، أن نقرأ دراسة قصيرة كتبها باحثان في أخلاقيات الطب، وهما إيزاكيال وليندا إيمانيول Ezekiel and Linda Emanuel، عن نوعيات مختلفة من العلاقات التي يمكن أن تنشأ بيننا وبين مرضانا بوصفنا أطباء ندخل من فورنا في سلك العلاج الطبي[9]. فأقدم علاقة، وهي العلاقة التقليدية أكثر من غيرها، هي العلاقة الأبوية؛ فنحن سلطة طبية تهدف إلى تأمين أن يحصل المرضى على ما نعتقد أنه أفضل ما يحتاجون إليه. إذ إننا نملك المعرفة والخبرة، ونضطلع بالاختيارات المهمة. فإذا كانت هناك كبسولة حمراء وكبسولة زرقاء فنحن نقول للمريض: «خذ الكبسولة الحمراء فهي الأفضل لك». قد نعطيه بعض المعلومات عن الكبسولة الزرقاء، وقد لا نعطيه. فنحن نقدم للمريض ما نعتقد أنه يحتاج إلى أن يعرفه فقط. فهذا النموذج هو نموذج الأب الكنسي، نموذج «الطبيب أدرى بالأمر»، وعلى رغم أن هذا النموذج يهاجَم كثيرا، فإنه يبقى الطريقة الشائعة، بخاصة لدى المرضى الضعفاء: أعني المرضى الواهنين والفقراء والمسنين، وأي مريض آخر يميل إلى فعل ما يطلب منه أن يفعله.

والنوع الثاني من العلاقة وفق الدراسة المذكورة يسميها المؤلفان «العلاقة المعلوماتية»، وهذا نقيض العلاقة الأبوية، فأنت هنا تقدم للمريض حقائق وأرقاما، وتترك له بعد ذلك الخيار. فأنت تقول: «إليك المعلوماتِ عن أثر الكبسولة الحمراء، وإليك المعلومات عن أثر الكبسولة الزرقاء». ثم تسأله: «أي من الكبسولتين تريد؟» إنها مثل من يوجهك إلى شراء السلعة من السوق، فالطبيب هنا هو الخبير الفني، والمريض هو المستهلك. وتكون مهمة الأطباء أن يقدموا أحدث ما هو معروف من معلومات ومهارات، وتكون مهمة المريض أن يتخذ القرارات. ويغلب الآن أن تكون هذه هي الطريقة التي يتزايد انتشارها، ويغلب أن تدفعنا هذه الطريقة إلى أن نكون أدق وأدق في تخصصنا، وبهذا فإننا نتجه إلى أن نعلم أقل وأقل عن مرضانا، وأن نعلم أكثر وأكثر عن مجالنا العلمي. يمكن أن يقال عموما إن هذه الطريقة يمكن أن تنجح نجاحا حسنا، خاصة حينما تكون الخيارات واضحة، وتكون الأرباح مقابل الخسائر بيِّنة، وتكون لدى الناس خيارات حاسمة. فليس أمام الطبيب ما يفكر فيه إلا أن يطلب التحليلات اللازمة، والعلاج الذي عليه وصفه، وربما العملية المطلوبة، وأن يُبلّغ المريض بالأخطار التي عليه أن يختار قبولها أو عدم قبولها. فالمريض لديه التحكم التام في الأمور.

فجراح الأعصاب في المستشفى الذي أعمل به في بوسطن يمكن أن يقال إنه يملك سمات من كلا الصنفين من دور الطبيب. كان أولا طبيبا «أبويا»، فقد بيّن لوالدي وأصرّ على أن الجراحة هي خياره الأفضل، وأن والدي عليه أن يخضع للجراحة حالا. ولكن والدي دفعه إلى محاولة أن يتصرف تصرف الطبيب «المعلوماتي»، أن يدقق بالتفاصيل والخيارات. لذلك غيّر الجراح موقفه، ولكن وصفاته لم تؤد إلا إلى زيادة مخاوف والدي، مما أثار لديه أسئلة أكثر، وجعله أكثر ارتيابا في خياراته، ولم يعلم الجراح كيف يتصرف معه.

والحقيقة أن رغبة الناس لا يحققها أي من الموقفين. صحيح أننا نريد المعلومات مع امتلاك أزِمَّة الأمور، ولكننا نريد في الوقت نفسه مَن يرشدنا. لذلك طرح الكاتبان إمانيول صنفا ثالثا من علاقة الطبيب - المريض، وقد أطلقا عليها اسم «الطبيب التفسيري». ففي هذه العلاقة يكون دور الطبيب أن يساعد المريض على أن يحدد ما يريد. يسأل الطبيب «التفسيري»: «ما الشيء الذي ترى أنه الأهم عندك؟ وما

الأشياء التي تسبب لك القلق؟»، وبعد أن يعرف أجوبة المريض يخبره عن الكبسولة الحمراء والكبسولة الزرقاء، وأي منهما ستفيد المريض أكثر لتحقيق أولوياته.

يطلق الخبراء على هذا الأسلوب «المشاركة في اتخاذ القرار» (Shared Decision Making). ولما كنا طلابا في كلية الطب بدا لنا هذا الأسلوب جميلا في عمل الطبيب مع مرضاه. ولكن هذا الأسلوب بدا نظريا تماما تقريبا. لا شك في أن فكرة أن يقوم أكثر الأطباء بمثل هذا التعامل مع المرضى بدت للمجتمع الطبي شيئا بعيد المنال (ماذا؟ هل تطلب من الجراحين أن يستخدموا أسلوب «التفسير»؟ أليس هذا طريفا؟). في الحقيقة لم أسمع بعد فترة الدراسة من بين الأطباء مَن يتحدث عن هذه الطريقة، وكدت أنساها. ولكن بدا الخيار في أثناء التدريب بين طريقة أقرب إلى الأبوية وطريقة أقرب إلى المعلوماتية. ولكن ها نحن، بعد أقل من عقدين من الزمن، جالسان أنا وأبي في عيادة جراح أعصاب في كليفلاند، أوهايو، نتحدث عن صور الرنين المغناطيسي، وهي تبدي ورما ضخما وقاتلا يزداد حجما داخل نخاعه الشوكي، ونجد هذا الطبيب من مدرسة مختلفة من التفكير – نجده مستعدا وراغبا في مشاركة المريض في اتخاذ القرارات – هذا بالضبط ما وجدناه في كليفلاند. لم يكن بنزل ينظر إلى نفسه على أنه ضابط يصدر الأوامر، ولا مجرد خبير في المعلومات، بل كان ينظر إلى نفسه في هذا الصراع على أنه – نوعا ما - المستشار والمقاول الذي يمثل والدي. وكان هذا بالضبط ما يحتاج إليه والدي.

حينما قرأت ذلك المقال مرة أخرى بعد مضي السنين وجدت أن المؤلِفَين يحذّران الأطباء بأنهم سوف يحتاجون أحيانا إلى أن يمضوا إلى مدى أبعد من مجرد العمل بمقتضى رغبات الناس، وذلك حتى يلبي عملهم احتياجات المرضى بالشكل الكافي. فحاجات الناس شيء متقلب، وكل شخص لديه ما يسميه الفلاسفة «الصف الثاني من الرغبات» (Second Order Desires): أي رغبات تحكم رغباتنا. قد يمكن أن نرغب مثلا في أن نكون أقل اندفاعية، وأكثر التزاما بما هو صحي، وأقل انصياعا لرغباتنا الأولية، مثل الخوف والجوع، وأن نكون أكثر التزاما بأهداف أسمى من ذلك. فالأطباء الذين يستمعون إلى رغبات مرضاهم الظاهرة، أي الصف الأول من الرغبات فقط، فإنهم قد لا يحققون فعلا رغبات المرضى الحقيقية. فنحن كثيرا ما نشعر بالامتنان للأطباء الذين يحثوننا على إعادة النظر حينما تكون اختياراتنا

قصيرة النظر، مثل إهمالنا لأدويتنا أو عدم ممارستنا الرياضة الكافية. وكثيرا ما نستمع للتوجيه ونعدل سلوكنا ونقبل تغييرات كنا في البداية نخافها. يعني هذا أنه تأتي مرحلة لا يكون إصرار الطبيب على حث مريضه على التفكير في أهدافه الأبعد والأكبر واجبا فقط، بل يصبح من الضروري أن يتحدى الطبيب مريضه حتى يعيد التفكير في أولوياته ومعتقداته التي لا يبدو أن المريض اعتنى بحسن اختيارها.

خلال ممارستي المهنة دائما ما كان دور الطبيب المعلوماتي هو أكثر ما أطمئن إليه (فجيل الأطباء الذي أنتمي إليه ابتعد غالبا عن موقف الطبيب الذي «هو أدرى بالأمر»). ولكن ظهر بوضوح أن موقف الطبيب المعلوماتي لا يكفي طبعا لمساعدة سارا مونوبولي أو المرضى الآخرين المصابين بأمراض خطيرة ممن عالجتهم.

ففي الوقت نفسه تقريبا الذي زار فيه والدي بنزل، طُلب مني أن أرى امرأة عمرها اثنتان وسبعون سنة مصابة بسرطان مبيض انتقالي، جاءت إلى غرفة الإسعاف في المستشفى الذي أعمل به، وكانت شكواها حين دخلت هي التقيؤ. في أثناء مراجعتي ملف المريضة الطبي، واسمها جويل دوغلاس، وجدت أنها تتلقى العلاج منذ عامين. كانت أول علامة على إصابتها بالسرطان شعورها بانتفاخ بطنها. حينما لاقت طبيب أمراض النساء اكتشف، بمساعدة جهاز الرنين الصوتي، كتلة في حوضها بحجم قبضة الطفل، ووجد في غرفة العمليات أنها سرطان مبيض، وأنه انتشر إلى كل بطنها. ظهرت من خلال الكشف بقع لينة متكاثرة كالفطر منتثرة في كل أرجاء رحمها ومثانتها وقولونها وبطانة بطنها. أزال الجراح كلا مبيضيها، وكل رحمها، ونصف قولونها، وثلث مثانتها. وتلقت ثلاثة أشهر من المعالجة الكيماوية. أكثر المريضات المصابات بسرطان المبيض في مثل هذه المرحلة من الإصابة، وبعد مثل هذه المعالجة، يعشن سنتين، وثلثهن يعشن خمس سنوات[10]، ونحو 20 في المائة من المريضات في الواقع يشفين. وكانت جويل دوغلاس تأمل أن تكون من بين هؤلاء القليلات.

وصلنا من التقرير إلى أنها تحملت المعالجة الكيماوية بشكل حسن. صحيح أنها فقدت شعرها، ولكنها لم تصب بغير ذلك إلا بإعياء طفيف. لم يظهر من خلال التصوير المقطعي المحوسب (CT Scan) الذي أُجري بعد تسعة أشهر أي ورم على الإطلاق. لكنه حين أجري بعد سنة من الإصابة أظهر أن السرطان قد عاد على

شكل عدد من الدرنات كالحصى. لم تشعر هي بشيء – فالدرنات لم تبلغ حجومها إلا ملليمترات قليلة – ولكن لا يمكن تغافل وجود الإصابة. وبدأ طبيب الأورام معالجتها بمجموعة مختلفة من المعالجة الكيماوية. عانت جويل دوغلاس هذه المرة من آثار جانبية أكثر ألما – قرحات في الفم، طفح مثل الحروق في مختلف أنحاء جسمها – ولكن أمكن تحمل ذلك بمساعدة مختلف أنواع المراهم الملطفة. غير أنه حينما أُخضعت للتصوير من أجل المتابعة، ظهر من خلاله أن المعالجة لم تنجح. لقد استمر الورم في النمو، وبدأت الإصابات تسبب وخزات من الألم في حوضها.

وانتقلت جويل دوغلاس إلى نوع ثالث من المعالجة الكيماوية، وظهر أن هذه المعالجة فعالة – فقد انكمشت الأورام، واختفت الآلام الواخزة – غير أن الآلام الجانبية ازدادت كثيرا، فقد سجل في سجلاتها أنها عانت من غثيان رهيب على رغم ما جرب معها من أنواع من الأدوية لإيقافه. وأصابها إعياء وصل إلى حد أنه سلبها قوى أطرافها، حتى اضطرها إلى أن تبقى في فراشها مدة ساعات في اليوم الواحد. وأصيبت برد فعل تحسسي نجم عنه إصابتها بالشَّرى وبحكة شديدة مما اضطر معه الأطباءُ لإعطائها كبسولات ستيرويد لضبط الحالة. ثم حدث في أحد الأيام أن تسارع نفسها بشكل شديد، حتى استلزم الأمر أن تنقلها سيارة الإسعاف إلى المستشفى. ظهر من خلال الفحوص أنها أصيبت بانسدادات رئوية، كما حدث مع سارا مونوبولي، ووُصِفت لها حقن يومية من مُسيّل للدم، ولم تستعد قدرتها على التنفس الطبيعي إلا تدريجيا.

ثم أصيبت جويل دوغلاس بآلام قابضة في بطنها، مثل من يصاب بالنفخة، وبدأت بالتقيؤ. وظهر لها أنها لم تعد تستطيع أن تحتفظ بشيء في معدتها، لا سائلا ولا صلبا. واتصلت بطبيب الأورام الذي أمر بدوره بعمل تصوير مقطعي محوسب. وظهر من خلال التصوير انسداد في التفاف الأمعاء بسبب انتقالات الورم. لهذا نُقلت من قسم الأشعة إلى غرفة الطوارئ. وبما أنني الجراح العام المناوب، فقد اتصلوا بي لفحص هذه المريضة لأقرر ما يمكن أن نفعل بشأنها.

فحصت الصور المقطعية بمساعدة طبيب الأشعة، ولكننا لم نستطع أن نحدد بدقة كيف أدى السرطان إلى انسداد الأمعاء. من الممكن أن يكون الالتفاف المعوي قد علق بانعقاف في الورم مما أدى إلى التواء الأمعاء، وهذه مشكلة يمكن نظريا أن

تحل نفسها بنفسها إذا تُركت فترة ما. فكرنا أيضا في أن الأمعاء قد تكون ضُغِطت فيزيائيا بسبب نمو الورم؛ وهذه مشكلة لا يمكن أن تحل إلا بالجراحة لإزالة الانسداد أو لتجاوزه. وفي كلتا الحالتين ظهر لنا أن هناك مؤشرا مقلقا على تقدم السرطان لدى هذه المريضة على الرغم من خضوعها لثلاث دورات من المعالجة الكيماوية.

ذهبت لمقابلة جويل دوغلاس، وكنت أفكر في تلك الأثناء كم عليّ أن أكشف لها من مشاهداتنا. كانت إحدى الممرضات قد ركّبت لها في غضون ذلك سوائل عبر الوريد، وأدخل طبيب مقيم في أنفها أنبوبة بطول ثلاث أقدام لتصل إلى معدتها، وقد خرج منها بحلول ذلك الوقت نصف لتر من سائل أخضر بلون الصفراء. والأنابيب التي تمر عبر الأنف إلى المعدة مزعجة وكثيرة التعرج، ولا يكون الأفراد الذين أدخل في أنوفهم إلى معدتهم مثل هذا الأنبوب عادة راغبين في الحديث. ومع ذلك فحينما جئت للقاء جويل وعرّفت بنفسي ابتسمت واهتمت بأن تطلب مني أن أعيد اسمي، واهتمت بأن تلفظه لفظا صحيحا. كان زوجها جالسا بهدوء إلى جوارها على كرسي، مستغرقا في تفكير حزين، وقد ترك لها أن تضطلع بالحديث.

قالت جويل: «يبدو مما فهمت أنني في وضع صعب».

تبين أن جويل تحمل ذلك النوع من الشخصية الذي مكّنها، على رغم الأنبوبة المثبتة في أنفها، أن تصفف شعرها - وهو شعر قصير - وتعدل وضع نظارتها على عينيها، وترتب أغطية السرير على جسمها بشكل أنيق. إنها تحاول بأقصى جهدها أن تحافظ على كرامتها ضمن الظروف.

سألتُها كيف حالها، وقالت إن الأنبوبة ساعدتها، فقد خف الإحساس بالغثيان بشكل كبير.

طلبت منها أن تتحدث عما سمعت عن حالها، فقالت: «حسنا يا دكتور، يبدو أن السرطان في داخلي يغلق منافذ جسمي، ولهذا فإن كل ما يدخل يعود من دون فائدة».

كان من الواضح أنها تدرك الواقع بوضوح، مهما كان الواقع مريرا. فحتى هذه اللحظة لم تواجهنا قرارات صعبة بشكل كبير. أخبرتُها بأن ما حدث في الأمعاء يمكن أن يكون التواء في منطقة التفاف الأمعاء، بحيث إن الجسم قد يتغلب على الالتواء في غضون يوم أو يومين. وقلت لها إنه إذا لم يحدث هذا، فإن علينا أن نبحث عن احتمالات مثل الجراحة. ولكننا يمكن أن ننتظر الآن.

لم أكن راغبا حتى تلك اللحظة في إثارة الموضوع الأصعب. كان في إمكاني أن أتقدم بعناد وأخبرها أنه مهما حدث فإن هذا الانسداد هو مؤشر سيئ، فالسرطانات تقتل الناس بطرق كثيرة، وإحدى هذه الطرق أن تسلب الأفرادَ قدرتَهم على أن يأكلوا. ولكن جويل لم تكن تعرفني، وأنا لا أعرفها، ولذلك قررت أنني أحتاج إلى وقت قبل أن أجرب هذا الأسلوب من المحاورة.

وظهر بعد ذلك بيوم واحد أن الوضع مطابق لما كنا نأمل، فأولا ظهر أن تدفق السائل الخارج من الأنبوبة صار أبطأ فأبطأ. يضاف إلى هذا أنها بدأت تخرج الريح من بطنها، وبدأت أمعاؤها تدفع بالفضلات. استطعنا بعد ذلك أن نزيل الأنبوبة الداخلة في الأنف، وأن نغذيها بأطعمة قليلة الخشونة على المعدة. وبدا الأمر كأن حالتها ستكون على ما يرام للوقت الراهن.

في الواقع شعرت ببساطة برغبة قوية في أن آذن لها بالخروج لتذهب إلى بيتها وأن أتمنى لها حياة طيبة؛ أي أن أتناسى الحوار الصعب تماما. ولكن لم تكن مثل هذه الخاتمة أمرا محتملا في حالة جويل دوغلاس. لهذا فقد عدت إلى زيارتها في غرفتها في المستشفى قبل أن تغادرنا وجلست معها، وكان معها زوجها وأحد أبنائها.

بدأت بالتعبير عن سروري البالغ لرؤيتي إياها وهي تأكل مرة أخرى، وقالت إنها لم تسعد في حياتها بإخراجها الريح مثل ما سعدت الآن. كانت لديها أسئلة عن الأطعمة التي يجب أن تأكلها والأطعمة التي يجب ألا تأكلها حتى تتجنب انسداد أمعائها مرة أخرى، وأجبت عن أسئلتها. وأمضينا وقتا قليلا أنا والأسرة في أحاديث عادية وأخبرتني الأسرة بعض التفاصيل عن جويل. كانت جويل مغنية في فترة من حياتها، وانتخبت في العام 1956 ملكة جمال ماساتشوستس. ثم طلب منها نات كينغ كول Nat King Cole أن ترافقه في جولته لتكون مغنية رديفة. ولكنها اكتشفت أن حياة الترفيه لم تكن نوعية الحياة التي ترغب فيها، ولهذا عادت إلى بيتها في بوسطن.

واجتمعت جويل بآرثر دوغلاس، وقد تولى دوغلاس بعد زواجه بجويل المهنة التي زاولتها عائلته في مجال الخدمات المنزلية المتعلقة بالجنائز. ربى الزوجان أربعة أطفال، ولكنهما فُجعا بوفاة أكبر أبنائهما وهو طفل صغير. وعلمت من جويل أنها متشوقة للوصول إلى بيتها ولقاء أصدقائها وأسرتها، ومتشوقة إلى الذهاب في رحلة

إلى فلوريدا، وهي رحلة كانوا قد خططوا لها للابتعاد عن كل ما يمت بصلة إلى السرطان، لهذا فهي متشوقة إلى مغادرة المستشفى.

غير أني قررت أن أدلي بما عندي، ووجدت هنا فرصة لمناقشة مستقبلها، وخطر ببالي أنها فرصة عليّ أن أستغلها، ولكن كيف؟ هل عليّ أن أطلق في وجهها عبارة مثل: «بالمناسبة، إن السرطان الذي عندك يزداد سوءا وسوف يغلق منافذ جسمك مرة أخرى؟». كان بوب أرنولد **Bob Arnold**، وهو طبيب العناية التلطيفية الذي كنت قد قابلته في جامعة بيتسبرج[11]، قد شرح لي أن من أخطاء الأطباء في مثل هذه الحالات أنهم يقصرون مهمتهم على تقديم المعلومات العقلانية: يقدمون وصفا جافا باردا وحقائق عقلانية، فهم يريدون أن يكونوا «الدكتور المعلوماتي»، وهم لا يلاحظون أن المعنى الكامن خلف المعلومات هو الذي يتطلع إليه المرضى وليس الحقائق بحد ذاتها. فأفضل طريقة هنا، كما قال الدكتور بوب أرنولد، هي أن تخبر الناس ماذا تعني المعلومات لهم بالذات. ثم أعطاني الدكتور بوب أرنولد ثلاث كلمات عليّ استخدامها في سبيل ذلك.

قلت لجويل دوغلاس: «إني أشعر بالقلق»، ثم تابعت موضحا أن الورم لايزال هناك، وأخشى أن الانسداد قابل لأن يعود.

كانت هذه كلمات بسيطة، ولكني لاحظت كم كان معناها بالغا بالنسبة إلى جويل، فقد أوصلت إليها الحقائق، ولكني حين أضفت إليها شعوري بالقلق، فإن الرسالة التي أوصلتها إليها لم تقتصر على خطورة الحالة، وإنما فهمت أنني في جانبها، أنني أسعى من أجلها. كما أن تلك الكلمات أوصلت لها أن الأمر الخطير الذي أخشى حدوثه غير أكيد، أي أن هناك أملا مقيدا بالشروط التي فرضتها طبيعة الأشياء.

انتظرت حتى استوعبت جويل دوغلاس وأسرتها ما قلته، ولا أذكر كلماتها المحددة حينما نطقت، ولكني أذكر أن الطقس ضمن الغرفة بدا مختلفا، فقد بدا أن هناك غيوما تلبد السماء، وصارت جويل تريد معلومات أكثر. وسألتُها ما الذي تريد أن تفهمه؟

كان هذا أيضا سؤالا مارستُه سابقا، وقد تعمدت أن أسالها إياه. شعرت بالغباء وأنا أتعلم الآن وفي هذه المرحلة من عملي كيف أتحدث إلى الناس. ولكن بوب أرنولد أوصى أيضا باستخدام إستراتيجية «اسأل، أخبر، اسأل»، وهي استراتيجية

يستخدمها أطباء العناية التلطيفية حينما يحتاجون إلى أن يُبلغوا المرضى أخبارا سيئة، فهم يسألون المريض أولا ماذا يريد أن يسمع، ثم يقدمون إليه المعلومات، ثم يسألونه ماذا فهم. وفي ضوء هذا جاء سؤالي لجويل عن الذي تريد أن تفهمه.

وكان جواب جويل أنها تريد أن تعرف ما الذي يمكن أن يحدث لها. وكان جوابي أنه قد لا يتكرر ما حدث على الإطلاق، ولكني قلت إني قلق مع ذلك من أن الورم قد ينجم عنه انسداد آخر، وفي هذه الحالة عليها العودة إلى المستشفى، وسيكون علينا إعادة تركيب الأنبوبة كما فعلنا سابقا. وقد أحتاج إلى أن أُجري الجراحة حتى أزيل الانسداد، وقد يقتضي هذا «فغر اللفائفي» (ileostomoy)، وهو فتح ثغرة يخرج منها بعض الأمعاء الدقيقة إلى سطح الجلد، وتوصل هذه الثغرة بكيس خارجي. ويمكن أيضا ألا أستطيع التغلب على الانسداد على الإطلاق.

كانت هذه نهاية أسئلتها، وسألتها بدوري ماذا فهمت، وقالت إنها فهمت أنها لم تتجاوز مرحلة الخطر، وحين قالت هذه الكلمة نفرت الدموع من عينيها. حاول ابنها أن يهدئها ويقول لها إن الأمور ستكون على ما يرام، وأجابت بأنها تثق بالله.

سألتها بعد ذلك ببضعة شهور إن كانت تذكر هذه المحادثة، وقالت إنها تذكرها بالتأكيد. ففي تلك الليلة لم تنم في بيتها، فقد بقيت صورة الكيس المعلق بجسمها لتتمكن من تناول طعامها تلوح لخيالها، وقالت معلقة على هذا: «كان هذا مرعبا».

لقد فهمتْ أنني حاولت أن أتناول الأمور بلطف، ولكنها قالت عن ذلك: «إن هذا لا يغير حقيقة أنك تخبرني أنه ربما لا مفر من أن أواجه انسدادا جديدا». وقالت لي جويل إنها كانت تعلم طوال الوقت أن سرطان المبيض خطر يدهمها، ولكنها لم تدرك كيف سيحدث الخطر حتى حدث فعلا.

تبين لي أن حديثي معها بعث في نفسها الراحة، وكذلك سرني أن أتحدث إليها، وذلك لأنها في اليوم التالي لإخراجها من المستشفى بدأت تقيء من جديد: لقد عاد الانسداد. وفعلا أعيد إدخالها إلى المستشفى، ووضعت الأنبوبة من جديد.

وبعد ليلة من ضخ السوائل والراحة، خمدت الأعراض من دون حاجة إلى الجراحة. ولكن هذه الهجمة الجديدة من المرض هزت كيانها، لأنها تذكرت حديثنا وفهمت معنى الانسداد، أي أن الورم يحاصرها أكثر فأكثر. لقد صارت تفهم صلة الأحداث الحالية بما حدث على مدى الشهرين الماضيين، وتحدثنا أنا وهي عن

سلسلة الأزمات المتصاعدة: عن فشل المرحلة الثالثة من المعالجة الكيماوية التي تلقتها بعد الهجمة السابقة للمرض، وعن الآثار الجانبية السيئة، وعن الانسداد الرئوي بما رافقه من تلاحق رهيب للنفس، ثم ما حدث بعد ذلك من انسداد الأمعاء، وكيف عاد إليها بأسرع وقت. لقد بدأت تدرك أن هذا كثيرا ما يكون هو شكل الحياة في طورها النهائي في العصر الحاضر: سلسلة من أزمات متصاعدة لا ينجح الطب إلا في تخليص المريض منها فترات وجيزة ومؤقتة. لقد بدأت تعاني الوضع الذي سميته في ذهني «متلازمة الأزمات اللعينة المتلاحقة»، وهذه المتلازمة ليس لها طريق قابل للتنبؤ به تماما، كما أن فترات الراحة بين الأزمات قد تتفاوت، ولكن يحدث بعد نقطة معينة أن يتحدد اتجاه المريض نحو النهاية.

لقد حظيت جويل دوغلاس فعلا بالرحلة التي تمنتها إلى فلوريدا. لقد تمتعت قدماها بالسير فوق الرمل، ويدها في يد زوجها، وقابلت الأصدقاء، والتزمت بأكل الفاكهة والخضار غير الفجة كما نصحتها، وذلك بغاية تقليل فرص أن يعلق ورق الخس في أثناء رحلته عبر أمعائها. وفي أواخر فترة إجازتها أصابها الفزع، فقد أصيبت بالانتفاخ بعد إحدى الوجبات، وعادت إلى بيتها في ماساتشوستس قبل خطتها المقررة بيومين، ذلك لأنها خشيت أن يعود انسداد الأمعاء، ولكن الأعراض همدت، وعند ذلك اتخذت جويل قرارا. لقد قررت أنها ستتوقف عن تلقي أي معالجة كيماوية، في الوقت الراهن على الأقل. إنها لا تريد أن يكون تخطيطها لحياتها دائرا في محيط ضخ العلاجات الكيماوية والغثيان والطفح المؤلم وأن تقضي ساعات من كل يوم لا تغادر فراشها من كثرة الإعياء. لقد قررت أن تكون زوجة/أما/جارة/صديقة كما كانت من قبل. لقد قررت، كما كان والدي قد قرر من قبل، أن تقتنص ما يمكن مما بقي لها من وقت، مهما كان ذلك الوقت طويلا أو قصيرا.

لم أكن قد انتبهت قبل هذه الأحداث لأن إدراك حتمية انتهاء الحياة يوما ما قد يكون نعمة. فبعد أن أُبلغ أبي بتشخيص مرضه، استمر في البداية بمتابعة حياته اليومية كأن شيئا لم يحدث – عمله السريري، مشاريعه الخيرية، لعبة التنس ثلاث مرات أسبوعيا – ولكن إدراكه المفاجئ بهشاشة الحياة التي يحياها ضيّق رغباته وغيّرها، وهذا ما كان بحث لورا كارستنسن حول «المنظور» قد تنبأ بحدوثه. فقد جعله هذا الاكتشاف يزور أحفاده أكثر من المعتاد، ويهتم بعمل رحلة جديدة ليرى

أسرته في الهند، ويتابع إمكانية الفرص الجديدة. تحدث والدي إليّ وإلى أختي عن وصيته، وتحدث عن خططه لاستمرارية الكلية التي كان قد بناها بالقرب من قريته. غير أن إحساس المرء بالوقت يخضع للتغيير، فحينما مرت الشهور من دون أن تسوء أعراض المرض لدى والدي، أصبح أقل خوفا من المستقبل، وبدأ يخف شعوره بأنه يقف وجها لوجه مع أواخر أيامه – وصار يخطر في بالنا أنه قد تمضي سنوات قبل أن يحدث شيء مقلق – ومن هنا فإن طموحات والدي عادت إليه في ضوء هذه الخواطر. أطلق والدي عندها مشروع بناء جديد تابع للكلية التي أنشأها في الهند، ورشّح نفسه لمنصب حاكم نوادي الروتاري في مقاطعة جنوب أوهايو، وهو منصب لن يباشر العمل به إلا بعد عام، وفي الواقع نجح والدي في الحصول على هذا المنصب.

ولكن أعراض والدي بدأت تتغير في أوائل العام 2009، وذلك بعد عامين ونصف العام من تشخيص مرضه. بدأ يعاني مشكلة في كفه اليمنى. بدأ هذا بنوع من الوخز الخفيف وبالخدر في رؤوس أصابعه، وفقد قوة قبضته اليمنى، فمثلا بدأ مضرب كرة التنس يفلت من يده وهو يلعب في الملعب ويندفع في الهواء، وصارت الكأس التي يشرب منها تقع من يده. وبدأ إحكام العُقَد في أثناء الخياطة الجراحية والتحكم في القسطرة في أثناء العمل يصبح أصعب فأصعب. وبما أنه بدأت تظهر في أطرافه مؤشرات على الشلل، فقد بدا كأنه وصل إلى الخط المرسوم له في الرمل.

تحدثنا معه حول ذلك. ألم يحن الوقت له ليتوقف عن الجراحة؟ ألم يحن الوقت أيضا لزيارة الدكتور بنزل بشأن حاجته هو إلى الجراحة؟

وكان جواب والدي هو الرفض، فقد قال إنه لا حاجة إلى هذا التوقف عن العمل ولا إلى زيارة الدكتور بنزل. غير أنه لم تمضِ إلا بضعة أسابيع بعد ذلك حتى أعلن والدي أنه قرر اعتزال الجراحة. أما عن الجراحة لعموده الفقري، فقد كان لايزال يخشى أن تكون خسارته في ذلك أكثر من مكسبه.

وبعد حفلة تقاعده في شهر يونيو من ذلك العام، هيأت نفسي لمواجهة أسوأ الاحتمالات. فقد كانت الجراحة مهنته، وهي التي تتحدد في نطاقها غاية الحياة ومعناها لديه؛ ولذا منحها ولاءه. لقد أراد أن يكون طبيبا منذ كانت سنه عشر سنوات، حين رأى أمه تموت بمرض الملاريا. فماذا سيفعل مثل هذا الرجل بحياته بعد هذه الأحداث؟

لهذا رأينا تحولا في حياته لم نكن نتوقعه على الإطلاق، فقد ألقى بكل ثقله في عمله حاكما لنوادي الروتاري في المقاطعة، وكانت فترة شغله هذا المنصب قد بدأت من فورها، وانغمس في هذا العمل إلى درجة أنه غيّر توقيعه في بريده الإلكتروني من «أتماران غواندي، إم دي (أي دكتور في الطب)» إلى «أتماران غواندي، دي. جي (أي حاكم المقاطعة)». وهكذا فبدلا من تمسك والدي بهويته التي ميّزته طوال الحياة والتي بدأت تفلت من بين يديه، اختار الآن أن يعيد صياغة تلك الحياة، فرسم على الرمل خطا جديدا، وهذا معنى امتلاك المرء أزمة حياته؛ فقد لا يستطيع المرء أن يمتلك زمام ظروف الحياة، ولكنه يملك أن يكون الربّان الذي يدير الدفة؛ أي أن يملك التصرف بما تأتي به تلك الظروف.

كان اختيار والدي ليكون حاكم نوادي الروتاري في المقاطعة يعني أنه سيقضي ذلك العام وهو يطور عمل خدمات المجتمع في المنطقة المسؤول عنها. والهدف الذي وضعه والدي لنفسه هو أن يتحدث في اجتماعات كل النوادي التي في مقاطعته، ويبلغ عددها تسعة وخمسون، وتعقد كل منها اجتماعا مرتين في العام. فعلى مدى الشهور القليلة التالية، ظل والدي يتنقل ليحضر كل تلك الاجتماعات في المقاطعة التي تبلغ مساحتها عشرة آلاف ميل مربع، وظلت الاجتماعات تنتقل به جيئة وذهابا في تلك المساحة. لقد صار والدي يقضي شطرا غير قليل من حياته يسوق السيارة متنقلا من مكان إلى مكان، وإلى جواره والدتي، فقد كان هو الذي يتولى قيادة السيارة على الدوام؛ فلم تكن القيادة تسبب له أي متاعب في تلك المرحلة. كان والدي ووالدتي يحبان التوقف عند فروع مطعم ويندي Wendy’s لشراء شطائر الدجاج، وكان والدي يحاول أن يلتقي أكبر عدد ممكن من أعضاء الروتاري البالغ عددهم ثلاثة آلاف وسبعمائة عضو.

وبحلول الربيع التالي، كان والدي في طريقه لإتمام جولته الثانية في أرجاء المقاطعة، ولكن الألم كان قد زاد في تلك الأثناء في ذراعه اليسرى، ولم يعد يستطيع رفعها أكثر من ستين درجة، كما أن كفه اليمنى كانت في تلك الأثناء تفقد قوتها، وكان يواجه صعوبة متزايدة في المشي. كان قبل تلك الفترة ينجح في مواصلة لعب التنس، ولكن كان مما أشعره بفزع شديد أنه اضطر الآن إلى أن يتخلى عن هذه اللعبة.

وقال والدي معلقا على ذلك: «إنني أشعر بثقل في ساقيّ يا أتول، وصرت أشعر بالخوف».

في تلك الفترة جاء والدي لزيارتنا في بوسطن، وكانت والدتي برفقته. جلسنا ثلاثتنا في إحدى أمسيات السبت في غرفة المعيشة، كلاهما على كنبة واحدة، وأنا أجلس مقابلا لهما. أذكر بوضوح شعورنا بالأزمة تزحف نحونا، فقد بدا والدي يتقدم نحو الإصابة بالشلل الرباعي.

وسألت والدي: «هل حان الوقت للجراحة؟».

وأجاب: «لا أعلم». وأدركت وقتها أنه قد حان الوقت لمحادثتنا الصعبة.

قلت لوالدي: «إنني قلق»، وتذكرت قائمة الأسئلة التي قالت سوزان بلوك، وهي متخصصة الطب التلطيفي، إنها تهم أكثر من أي شيء، ولهذا طرحتها على والدي واحدا بعد الآخر. سألته كيف يفهم الوضع الذي وصل إليه؟

إنه يفهم الوضع كما أفهمه، وقال إنه يصبح مشلولا أكثر فأكثر.

وسألته مرة أخرى ما مخاوفه إذا حصل هذا فعلا؟

وقال إنه يخاف أن يصبح عالة على أمي وأنه لن يعود قادرا على العناية بنفسه من الآن فصاعدا، ولا يستطيع أن يتصور كيف ستكون حياته. وسارعت والدتي إلى القول إنها ستبقى إلى جواره، وسيكون من دواعي سعادتها أن تعتني به. وكان الانتقال قد بدأ فعلا في حياتهما، فقد سلّم والدي لوالدتي قيادة السيارة أكثر فأكثر، وصارت هي التي ترتب مواعيده الطبية الآن.

وسألتُه أيضا ما أهدافه إذا ساءت حالته أكثر؟

وفكر في هذا السؤال هنيهة قبل أن يجيب، ثم قال إنه يريد أن ينهي واجباته تجاه اتحاد نوادي الروتاري، وأنه قرر أن يسلّم منصبه في وسط يونيو. وقال إنه يريد أن يطمئن إلى أن كليته وأسرته في الهند ستكونان على ما يرام، وأنه يتمنى زيارتهما إذا أمكنه ذلك.

سألته بعد ذلك عما هو مستعد لتقبله من ربح وخسارة، وعما هو غير مستعد لتقبله في سبيل محاولة إيقاف هذا الذي يحدث له. لم يفهم حالا ما الذي أعنيه، فأخبرته عن والد سوزان بلوك، فهذا الرجل أُصيب كوالدي بسرطان في النخاع الشوكي، وقد قال هذا الرجل إنه إذا استطاع أن يشاهد كرة القدم في التلفاز وأن يأكل آيس كريم بنكهة الشوكولا، فهذا يكفيه قبل أن يودّع الحياة.

لم تعجب مثل هذه الرغبات والدي على الإطلاق. فالشيء الذي يهمه أكثر من أي شيء آخر هو لقاء الناس والتفاعل معهم، وحاولت أن أفهم أكثر إن كان يعني أنه حتى الشلل يمكن أن يكون متقبلا عنده على شرط أن يستمتع بصحبة الناس؟

وكان جوابه بالنفي، فهو لا يستطيع تصور حياة مع الشلل الجسمي الكامل، فهذه حياة تعني الاعتماد المطلق على غيره. فهو يريد أن تكون له القدرة ليس على صحبة الناس فقط، ولكن على امتلاكه السيطرة على عالمه وحياته أيضا.

لكن الشلل الرباعي الذي كان يتقدم في جسمه كان يهدد بحرمانه من هذه الرغبة الأخيرة، لأن الشلل الرباعي سيعني احتياجه إلى من يمرضه على مدار الساعة، ويعني احتياجه إلى جهاز التنفس الاصطناعي، وأنبوبة التغذية.

وحينما تحدثت عن ذلك كان جوابه: «لا، أبدا، لا أريد ذلك! أفضّل الموت على ذلك».

كانت تلك الأسئلة التي وجهتها إلى والدي من أصعب ما سألته لأحد في حياتي. كنت أرتعش وأنا أوجه هذه الأسئلة، فقد كنت أخشى من شيء ما وأنا أسأل.. لست في الحقيقة متأكدا من الذي كنت أخشاه: أهو غضب والدي أم والدتي، أم الاكتئاب، أم إنني كنت أخشى من شعور في داخلي بأنني أخذل والدي ووالدتي بمجرد طرحي هذه الأسئلة. ولكن الأسئلة أدت بعد مضي بعض الوقت إلى شعورنا بالراحة، لأننا شعرنا بأن الأمور قد اتضحت.

قلت لوالدي إن أجوبته ربما كانت تعني أنه قد حان الوقت فعلا للتحدث مع بنزل مرة أخرى حول إجراء الجراحة، وكان جواب والدي الخافت هو الموافقة.

وحينما قابلنا بنزل أخبره والدي أنه مستعد الآن لجراحة العمود الفقري، وأنه صار يخشى الآن مما قد يفعله به الورم أكثر مما قد تؤدي إليه العملية. وهكذا تم الاتفاق على العملية بعد شهرين، وذلك بعد انقضاء مدته حاكما لنوادي الروتاري في المقاطعة. كان مشي والدي بحلول ذلك الوقت قد أصبح غير متوازن، وصار يتعرض للوقوع والصعوبات وهو ينهض من الجلوس إلى وضعية القيام.

وحان الوقت أخيرا لإجراء العملية. وصلنا إلى عيادة كليفلاند في الثلاثين من يونيو من العام 2010. وقبّل كل منا والدي، أنا ووالدتي وأختي، في غرفة مخصصة لانتظار من ستجرى له العمليات، ووضعنا على رأسه طاقية الجراحة، وعبّرنا له

عن حبنا الكبير، ثم تركناه في يدَي بنزل وفريقه الجراحي. كان من المتوقع أن تستمر الجراحة على مدى النهار كله، ولكن بنزل خرج إلى غرفة الانتظار بعد البداية بساعتين فقط، وقال إن ضربات القلب لدى والدي أصبحت غير طبيعية، فقد ارتفع معدل النبض إلى 150 ضربة في الدقيقة، بينما انخفض ضغط الدم لديه انخفاضا شديدا. لقد أظهر جهاز مراقبة القلب مؤشرات على احتمال حدوث أزمة قلبية، ولهذا أوقفوا العملية، ثم استطاعوا بفضل العلاجات أن يعيدوا قلب والدي إلى نبضه العادي، وطبيب القلب يقول إن نبض قلبه صار أقرب إلى النبض الطبيعي إلى درجة تمنع من حصول أزمة قلبية كاملة، ولكن ذلك الطبيب قال إنه لا يعرف بالضبط ما الذي سبب اضطراب الإيقاع في النبض. توقع الأطباء أن السبب يعود إلى العلاجات التي أعطوها لوالدي لمنع عودة مثل هذا الاضطراب، ولكنهم لا يعرفون بالضبط. لم تكن العملية قد وصلت إلى نقطة اللاعودة، ولهذا خرج بنزل ليسألنا هل عليه أن يتوقف أو يستمر.

أدركت عند ذلك أن والدي قد أخبرنا فعلا ما الذي علينا فعله، تماما كما كان والد سوزان بلوك قد أخبر أهله. فوالدي أخبرني بأنه يخاف أن يصاب بالشلل الرباعي أكثر من خوفه من الموت، ولهذا سألت بنزل هل التوقف أو التقدم هو ما ينطوي على خطر أكبر بإصابة والدي بالشلل الرباعي على مدى الشهرين المقبلين؟ وكان جوابه أن التوقف هو الذي ينطوي على خطر أكبر. ولهذا طلبنا منه أنا وبقية العائلة أن يستمر. وعاد بنزل إلينا بعد ذلك بسبع ساعات طوال، وقال إن قلب والدي بقي مستقرا، فبعد ذلك الاضطراب في البداية سارت الأمور على خير ما يرغب فيه. لقد استطاع بنزل أن يجري خفض الضغط بنجاح، واستطاع أن يزيل قليلا من الورم.. قليلا وليس أكثر. كان الجانب الخلفي للعمود الفقري عند والدي مفتوحا الآن من قمة ظهره إلى أسفله، مما يعطي الورم مجالا أوسع للتمدد. كان علينا أن ننتظر استيقاظه حتى نرى إذا ما حصل أي ضرر كبير.

جلسنا مع والدي في وحدة العناية المركزة، وكان لايزال في غيبوبته، ويتنفس بمساعدة جهاز التنفس الاصطناعي، وقد أظهر تصوير الرنين الصوتي لقلبه أنه لا يوجد ضرر، وكانت في هذا راحة كبيرة لنا جميعا. وفي ضوء ذلك خفف الفريق الطبي المسكنات ليتركوه يعود إلى وعيه شيئا فشيئا. استيقظ وكأنه قد أسكره

الشراب، ولكنه كان قادرا على اتباع ما يوجه إليه من تعليمات. فمثلا طلب منه الطبيب المقيم أن يمسك بيده ويعصرها بقدر ما يستطيع، وأن يدفعه بقدميه، وأن يرفع رجليه من فوق السرير.

وهنا قال الطبيب المقيم إن والدي لم يفقد أيا من قدرته الحركية، وحينما سمع والدي ما يقوله الطبيب المقيم، بدأ يحرك يديه بطريقة ليس فيها شيء من المهارة وذلك حتى يجلب انتباهنا. لم نستطع فهم ما الذي يقوله، وذلك بسبب أنبوبة التنفس التي في فمه. عند ذلك حاول أن يتهجى ما كان يريد أن يقوله برسم الحروف بإصبعه في الهواء. رأينا حروفا تُرسم في الهواء، فماذا يكتب؟ أهي لام ياء سين؟ أهي تاء ألف باء؟ سألناه ما الذي يريد أن يقوله؟ سألناه هل يعاني صعوبات؟ وصارت أختي تسمعه كل حروف الأبجدية، وطلبت منه أن يرفع إصبعه حينما تلفظ الحرف الصحيح. واستطاعت من خلال ذلك أن تفهم رسالته. كانت رسالته هي: «سعيد».

أُخرج والدي من العناية المركزة في اليوم التالي، وأخرج من المستشفى بعد يومين ليقضي ثلاثة أسابيع في مرفق كليفلاند لإعادة التأهيل. كانت عودته إلى البيت في يوم من أيام الصيف الحارة، وكان يشعر بعودة كامل قوته. فقد كان يستطيع أن يمشي، ولم يكد يحس بأي ألم في عنقه. لقد رأى والدي أن مقايضة رقبةٍ صلبة غير قابلة للالتواء وشهر من مُقاساة صعوبات العلاج بألمه القديم صفقة مقبولة. لقد ظهر له أن خياراته من أول الطريق إلى آخره كانت هي الخيارات الصحيحة بكل المقاييس: حين اختار عدم قبول الجراحة من أول لحظة، حين اختار أن ينتظر حتى بعد أن اضطر إلى ترك مهنته كجراح، وحين قبل أن يغامر بعد ما رأى من مخاطر بنحو أربع سنوات فقط، وذلك حين أصبحت صعوبات المشي قادرة على سلبه قدراته التي يعيش من أجلها. ولم يمضِ وقت طويل حتى شعر بأنه قد يستطيع حتى أن يقود السيارة. لقد كانت خياراته كلها هي الخيارات الصحيحة.

لكن الخيارات لا تنتهي، فالحياة سلسلة من الخيارات، وهي خيارات لا تسامح فيها. فلا يكاد المرء يتخذ قرارا بشأن خيار ما إلا ويواجه الحاجة إلى اتخاذ قرار بشأن الخيار التالي. أظهر تحليل خزعة الورم أن والدي مصاب بسرطان الخلايا النجمية (Astrocytoma)، وهو نوع من السرطان بطيء النمو نسبيا.. وبعد أن

تماثل والدي للشفاء، أحاله بنزل إلى زيارة طبيب أشعة الأورام، وطبيب أعصاب الأورام، وذلك لمراجعة نتائج التحليل. ووجهه كلا الطبيبين إلى أن يخضع للعلاج بالأشعة وكذلك للمعالجة الكيماوية، وأضاف الطبيبان أن هذا النوع من الورم لا يمكن أن يشفى، ولكن يمكن أن يعالَج، ويمكن لمثل هذه المعالجة أن تحافظ على شدته عند مستواها، وربما يبقى محافظا عليها أعواما، بل قد يمكن أن يستعيد بعضا من قوته. تردد والدي، فلم يكن قد مضى عليه وقت منذ أن تعافى وعاد إلى ممارسة مشاريع خدمة المجتمع، وقد بدأ يخطط للسفر مرة أخرى. كانت أولويات والدي واضحة له، وكان مما يقلقه أن يضحي بتلك الأولويات من أجل معالجة أكثر. ولكن المتخصصين ألحوا عليه، وكانت حجتهم أن المعالجة ستكسبه الكثير، كما أن تقنيات الأشعة الحديثة جعلت الآثار الجانبية منخفضة إلى حد معقول. وأنا ألححت من جانبي عليه، فقد قلت إن المعالجة المطروحة لا يبدو أن فيها إلا جوانب إيجابية، والجانب السلبي الرئيسي الوحيد أنه ليس هناك مرفق للمعالجة بالأشعة قريب من بيتهم يتمتع بالكفاءة اللازمة للمعالجة المطلوبة، وهكذا فسوف يضطر هو ووالدتي إلى أن ينتقلا إلى كليفلاند، مما سيوقف حياتهما على مدى الأسابيع الستة التي تشتمل على علاج يومي بالأشعة، وأضفت أن هذا هو كل الإزعاج الذي ينطوي عليه العلاج، وأن والدي يستطيع أن يحتمل ذلك.

واستجاب والدي للإلحاح. ولكن ظهر فيما بعد كم كانت تنبؤاتنا خرقاء. فالمتخصصان الآخران لم يتميزا مثل بنزل بالإقرار بمدى الشك الكبير في حصول المنفعة من العلاج المقترح، كما أنهما لم يمنحا نفسيهما الوقت الكافي لفهم والدي وما الآثار المحتملة لعملية الإشعاع عليه بالذات.

لم تظهر في البداية أي مشكلات تقريبا، فقد عمل المتخصصان قالبا على شكل جسمه ليتمدد فيه بالوضعية الدقيقة التي يتلقى فيها جرعة بعد جرعة من المعالجة، وكان عليه أن يتمدد في القالب لمدة تصل إلى ساعة، وعلى وجهه قناع مثل شبكة السمك، مشدود بإحكام، بشكل لا يستطيع به أن يتحرك ولا ملليمترين في أثناء عمل آلة الإشعاع مع أصواتها المعهودة من طقطقة وأزيز، وكل يوم يُطلَق إلى داخل جذع الدماغ وإلى النخاع الشوكي النصيبُ المفروض من أشعة جاما. ولكنه صار يعاني على مدى الوقت تشنجات كطعنات السلاح داخل ظهره وعنقه، وصار

تحمّل الحالة أصعب يوما بعد يوم. يضاف إلى ذلك أن الأشعة أصبحت تسبب مقدارا قليلا من الغثيان وألما كاويا في الحلق عند البلع ومع أن هذه الأعراض صارت محتملة مع إعطاء الأدوية، فإن الأدوية نفسها جعلته منهكا ويعاني الإمساك. صار والدي بعدها ينام النهار كله بعد تلقيه جلسات العلاج، وهو ما لم يكن يفعله في حياته على الإطلاق. ثم حدث بعد أسابيع من بداية تلقيه تلك المعالجة أنه فقد حاسة التذوق، وهو أمرٌ لم يكن الطبيبان قد ذكراه، وكان هذا الفقد ذا أثر بالغ فيه، فقد كان يحب الطعام، فصار الآن يجبر نفسه على أن يأكل.

فقد والدي ما مجموعه تسعة كيلوغرامات ونصف الكيلو من وزنه منذ تركه البيت حتى عودته إليه. وصار يعاني طنينا دائما (tinnitus) في أذنيه، وصار يحس في ذراعه وكفه اليسريين بألم حارق مثل مس الكهرباء لم يكن يحس به من قبل. وأما حاسة التذوق فعلى رغم أن الأطباء توقعوا أن تعود قريبا فإنها لم تعد أبدا. الحقيقة أنه لم يتحسن شيء في نهاية المطاف، فقد انخفض وزنه حتى أكثر من ذلك في الشتاء، فقد هبط إلى مجرد 59.9 كغ، كما أن الخدر والألم في كفه اليسرى صعدا حتى وصلا إلى مرفقه بدلا من أن يزولا كما كنا نأمل، وصعد الخدر في أطرافه السفلى حتى تجاوز الركبتين. وأما الطنين في أذنيه فقد رافقه الآن شعور بالدوار. ثم بدأ جانب وجهه الأيسر يتدلى، واستمرت التشنجات في رقبته وظهره. ثم تعرض والدي للسقوط، ووصف له المعالج الفيزيائي أن يستخدم العكازة متعددة الأرجل، ولكن والدي لم يرغب في استخدامها. كان شعوري وقتها شعورا يشبه الفشل. ووصف الأطباء لوالدي الميثيلفينيديت (Methylphenidate) – أي ريتالين (Ritalin) – في محاولة لتنشيط شهيته، كما وصفوا له كيتامين (Ketamine)، وهو عقار مخدر، للتغلب على ألمه، ولكن هذا الدواء جعله يهلوس.

لم نكن نفهم ما الذي يحدث له، فالأطباء المختصون ظلوا يتوقعون أن ينكمش الورم، وأن تتراجع الأعراض بتراجعه، ولكن والدي ووالدتي اتصلا بي بعد تصوير الرنين المغناطيسي بستة أشهر.

قال والدي بصوت هادئ ومستسلم: «إن الورم يتمدد». فعلاج الأشعة لم يؤتِ ثماره، وظهر من خلال التصوير أنه بدلا من انكماش الورم فإنه ظل ينمو، وأنه وصل إلى الدماغ، وهذا السبب في استمرار الطنين وظهور الدوار.

كان قلبي يتمزق ألما، وكانت أمي غاضبة، فقد قالت: «لماذا عرضوه لعلاج الأشعة؟ كان من المفروض أن يتقلص المرض، وقد قالوا فعلا إنه على الأغلب سوف يتقلص».

هنا قرر والدي تغيير الموضوع، فقد ظهر عليه لأول مرة منذ أسابيع أنه لا يرغب في الحديث عن أعراض مرضه التي ظهرت في ذلك اليوم أو عن مشكلاته. لقد كان يرغب في معرفة أخبار أحفاده: كيف كان أداء فرقة السيمفونية التي يشارك فيها هاتي في ذلك اليوم؟ وكيف كان أداء ووكر ضمن فريق التزلج؟ وما إذا كان هنتر قد نجح في النطق بـ «مرحبا»؟ لقد ضاقت آفاقه مرة أخرى.

طلب الطبيب أن نقابل طبيب الورم لوضع خطة للعلاج الكيماوي، ورافقت والدي بعد عدة أيام إلى كليفلاند وفق الموعد. حينما وصلنا إلى الموعد وجدنا الطبيبة الجديدة تعطي نفسَها الدور البارز، وهي فوق ذلك لا تملك قدرة بنزل على استيعاب الصورة الشاملة. وشعرنا شعورا قويا ما الذي فقدناه بتغير الطبيب. كان منهجها الالتزام بطريقة «الطبيب المعلوماتي»، فقد سردت ثمانية أو تسعة خيارات للمعالجة الكيماوية في غضون عشر دقائق، ومعدل عدد المقاطع التي يتألف منها اسم كل دواء 4.1، حتى شعرنا بما يشبه الدوار من تعقيد هذا السرد؛ فقد قالت الطبيبة إن بإمكانه أن يأخذ بيفاسيزيماب أو كاربوبلاتين أو تيموزولوميد أو ثاليدوميد أو فينكريستين أو فينبلاستين أو خيارات أخرى لم أتدارك نقلها إلى مفكراتي. كما وصفت مختلف التركيبات من الأدوية التي يمكن التفكير فيها أيضا.

أما الشيء الوحيد الذي لم تجعله متاحا لوالدي أو تسمح بطرحه للبحث فهو أن يترك الأمور على ما هي من دون عمل شيء. كان اقتراحها أن يأخذ والدي تركيبة من تيموزولوميد وبيفاسيزيماب، وعبرت عن اعتقادها أن استجابة الورم – أي توقف الورم عن النمو أكثر من وضعه الحالي – يبلغ 30 في المائة. وبما أنها كانت ترغب في ألا يكون تأثير كلامها مثبطا، فقد أضافت أنه بالنسبة إلى كثير من المرضى يصبح الورم «مثل مرض مزمن غير ثقيل»، بحيث يمكن ضبطه من خلال مراقبته.

ثم قالت: «يمكن، ويحق لنا، أن نأمل أنك ستستمتع بلعبة التنس في هذا الصيف».

ولم تصدق أذناي أن تقول هذا الذي قالته أخيرا، فقد بدا من الجنون أن يتصور أحدٌ أن والدي سيلعب في ملعب التنس في أي وقت على الإطلاق – لا شك أن مثل هذا الأمل كان أبعد ما يكون عن أن يدعمه أي واقع – وشعرت بالغضب يثور في

عروقي لكونها تعرض مثل هذا الاحتمال لوالدي، غير أنه ظهر فيما بعد أن كون والدي طبيبا كان له فائدة واضحة. لقد أدرك بسرعة أن ما قالته طبيبة الأورام كان مجرد خيال، وأعرض عن اقتراحاتها، وإن كان هناك ما يشده إلى العمل بما قالت. كان سؤاله بدلا من اقتراحها كيف ستؤثر المعالجة في حياته. وأضاف:

«إنني أشعر حاليا بتشويش في ذهني، وأعاني طنينا في الأذنين، ولديّ آلام تنتشر عبر ذراعي، وأنا أعاني حينما أمشي. كل هذه المشكلات تثقل كاهلي، فهل تعتقدين أن هذه الأدوية سيكون لها أثر سلبي فيما أعانيه؟».

وكان جوابها أن هذا محتمل في الواقع، ولكنه يعتمد على نوعية العلاج. عند هذا أصبح النقاش صعب المتابعة بالنسبة إليّ أو بالنسبة إلى والدي، هذا مع أن كلا منا نحن الثلاثة طبيب. فالخيارات أكثر من اللزوم، والأخطار والمنافع أكثر من اللزوم، وتتزايد مع كل خطوة. لقد كانت المحاورة تسير بشكل لا يتناول أبدا ما يهتم أبي به، وهو أن يجد طريقا يؤمِّن أفضل فرصة لاستمرارية الحياة التي يعتبر أنها تستحق أن يحياها. كانت تلك الطبيبة توجه المحادثة تماما في الاتجاه الذي كنت أتبعه مع مرضاي، ولكنه الطريق الذي أقلعت عنه منذ فترة من الوقت، وصرت لا أحبذه. كان لب العمل لدى هذه الطبيبة أنها تعرض معلومات وتطلب من أبي أن يختار من بينها. إنها الطريقة التي أشرنا إليها حينما يعرض الطبيب كبسولة حمراء وكبسولة زرقاء ويقول للمريض: اختر الحمراء أو الزرقاء. ولكن مثل هذا السؤال كان يغفل هذه الحقيقة، وهي أن معنى الخيارات غير معروف للمريض على الإطلاق.

التفتُّ إلى والدتي ووالدي وسألتهما: «هل يمكنني أن أسألها ما الذي سيحدث إذا استمر الورم في التقدم؟» ووافق والداي على أن أسأل هذا السؤال، وهكذا سألت هذا السؤال.

كان جواب طبيبة الأورام مباشرا ولا مواربة فيه. قالت إن الضعف في أطرافه العليا سوف يتزايد بالتدريج، وإن الضعف في أطرافه السفلى سيتقدم أيضا، ولكن الصعوبة الأكبر ستكون في عدم الكفاية التنفسية – أي مشكلة الحصول على ما يكفي من أكسجين – وذلك بسبب الضعف في عضلات الصدر.

سألها والدي إذا كان هذا سيؤدي إلى شعور مزعج؟

وكان جوابها بالنفي، وأضافت أنه سيشعر فقط بالإعياء والرغبة في النوم، ولكن ألم الرقبة والآلام الواخزة ربما تزداد، وقالت إنه قد تظهر لديه صعوبة في البلع نتيجة نمو الورم حتى يصيب أعصابا رئيسية. وسألتُها ما حدود الوقت العليا والدنيا التي تعتقد أن يستغرقها الناس حتى يصلوا إلى هذه المراحل النهائية، سواء مع وجود المعالجة أو مع عدم وجودها؟

هذا السؤال جعلها ترتبك، وقالت: «من الصعب أن يجيب المرء عن هذا السؤال».

وسألتها بإصرار: «ما أقصر وقت وأطول وقت رأيت المرضى يقضونه إذا لم يتناولوا العلاج؟».

وأجابت أن أقصر وقت رأته هو ثلاثة أشهر، وأطول وقت هو ثلاثة أعوام.

وسألتها مرة أخرى، وما أقصر وقت وأطول وقت مع تناول العلاج؟

جعلها هذا السؤال تغمغم بكلام مبهم، ولكنها قالت أخيرا إن المدة الطولى قد لا تزيد كثيرا على ثلاث سنين، وبوجود المعالجة فإن معدل ما يعيشه الفرد يجنح نحو الحد الأعلى من البقاء.

كان جوابها صعب القبول وغير متوقع. وقال والدي عندها: «لم أكن أتصور هذا»، وذلك بصوت ينتهي إلى الخفوت. وتذكرت ما قاله بول ماركو، طبيب الأورام الذي عالج سارا مونوبولي، حول مرضاه. فقد قال: «إنني أفكر هل يمكن أن أحصل من خلال هذه المعالجة على عام أو عامين؟... بينما هم يفكرون بعشر سنين أو عشرين». وحقا كنا الآن نفكر بعشر سنين أو عشرين.

قرر والدي أن يأخذ بعض الوقت حتى ينظر في الخيارات التي أمامه، وأعطته طبيبة الأورام وصفة لحبوب ستيرويد يمكن أن تبطئ مؤقتا نمو الورم، وآثارها الجانبية طفيفة نسبيا. وفي تلك الليلة خرجنا أنا ووالداي لتناول العشاء في الخارج.

وقال والدي: «وفق ما تجري الأمور يبدو أنني سأصبح مقيدا في الفراش في غضون عدة شهور». وأضاف أن الأشعة لم تؤدِّ إلا إلى تفاقم وضعه، فمن يعلم إذا لم يؤد العلاج الكيماوي إلى تفاقم مشابه؟ شعرنا بالحاجة إلى من يرشدنا، فقد كان والدي مشدودا بين الرغبة في أن يعيش حياته على أفضل ما يمكن وبين المجازفة بتضييع نوعية الحياة التي يحياها من أجل فرصة غامضة لشراء بعض الوقت الإضافي.

من أجمل ما يتميز به النظام القديم أنه يجعل مثل هذه القرارات بسيطة، فالمريض يختار أشد أنواع المعالجة صرامة، فهو في الحقيقة ليس اتخاذ قرار أصلا، بل هو نظام لقبول الحالة الراهنة. بينما طريقة دراسة المريض لما أمامه من خيارات – أي تحديد أولوياته وجلوسه مع طبيب ما ليتأكد من توافق العلاج مع أولوياته – مثل هذه الطريقة متعبة ومعقدة، خاصة حينما لا يكون لدى المريض متخصص مستعد لكشف المجاهل ومجالات الغموض. فكل الضغط يبقى هنا موجها في اتجاه واحد، أي تجاه عمل المزيد، لأن الغلطة الكبرى التي يبدو أن الأطباء يخشونها هي كونهم عملوا أقل من اللزوم. فيبدو أن أكثرهم لا يلاحظون أن هناك أخطاء أخرى لا تقل شناعة وهي في الطرف المقابل لهذا، أي أن عمل المزيد للمريض قد لا يكون أقل خطرا على حياته من عمل القليل.

حينما عاد والدي إلى بيته كان لايزال في حيرة حول ما يجب عليه عمله. غير أنه تعرض بعد ذلك لخمس أو ست سقطات، وكذلك كان الخدر في رجليه يزداد سوءا، فقد أصبح إحساسه بقدميه اللتين تحملانه يقل. في إحدى المرات صدم رأسه صدمة شديدة إلى حد اضطرت فيه والدتي إلى الاتصال بالنجدة على الرقم 911. ووصل أفراد المعونة الطبية، وضعوه على لوح وظهره مثبت عليه، وصفارة الإنذار تصدح أمامهم، وحول عنقه ياقة صلبة لتثبيتها، ونقلوه إلى غرفة الطوارئ في المستشفى الذي كان يعمل فيه. ولكن حتى في ذلك المستشفى لم يمكن أن يتأكدوا من خلال تصوير الأشعة من أنه ليس عنده أي كسور، وأنه يمكن له أن يبقى في وضع الجلوس وأن يخلصوه من الياقة الصلبة ومن اللوح الخشبي الذي له صلابة الصخور، وهي الأشياء التي كانت تسبب له ألما لا يطاق، إلا بعد مضي ثلاث ساعات. واحتاج والدي إلى عدة حقن من المورفين للتغلب على الألم، ولم يطلق سراحه ليعود إلى بيته قبل منتصف الليل. وحينها قال لوالدتي إنه لا يريد أن يمر أبدا بمثل هذا النوع من التجارب.

بعد ذلك بيومين اتصلت بي والدتي في الصباح، وقالت لي إن والدي قام من فراشه في الثانية ليلا تقريبا وذهب إلى الحمام، وحينما حاول أن يقف على قدميه بعد ذلك، وجد أن قدميه لا تحملانه، وفعلا سقط على الأرض. ولأن الأرض مفروشة بالسجاد فإنه لم يصدم رأسه ولم يبدُ عليه أنه أصيب بأذى، ولكنه مع ذلك لم يستطع

أن يتمالك نفسه ليقف على قدميه. وشعر بأن ذراعيه ورجليه أصيبت بضعف شديد. حاولت والدتي أن ترفعه وتعيده إلى الفراش، ولكنه كان أثقل من أن تستطيع ذلك. ولم يرغب والدي في دعوة الإسعاف من جديد، ولهذا قررا الانتظار حتى الصباح قبل أن يطلبا المعونة. وسحبت والدتي بطانيات ومخدات من فوق السرير حتى يرتاح في مكانه نفسه، وتمددت إلى جواره حتى لا يبقى وحيدا. ولكن والدتي نفسها كانت مصابة بالتهاب المفاصل في ركبتيها، وهي نفسها في سن الخامسة والسبعين، ولهذا فقد وجدت فيما بعد أنها هي أيضا غير قادرة على الانتصاب على قدميها. ثم جاءت مدبرة البيت في الساعة الثامنة صباحا، ووجدت كلا من والدي ووالدتي ممددا على الأرض. وهكذا ساعدت والدتي على القيام على قدميها، وساعدت والدي في الوصول إلى الفراش. وهنا اتصلت والدتي بي، وبدا من خلال صوتها أنها في خوف. وطلبتُ منها أن تعطي السماعة لوالدي، وحينما خاطبني وجدت أنه يبكي، وفي هياج شديد، مما جعل كلامه مختلطا يصعب فهمه.

قال لي والدي: «أنا في خوف شديد، فأنا أشعر بالشلل، ولا أستطيع أن أتحمل هذا، ولا أريد ما يحصل لي. بل أنا أفضل الموت على هذا». وتبللت عيناي بالدموع عند سماع هذا، فأنا جراح، وتعودت إيجاد الحلول، ولكن كيف أحل مثل هذه المشكلة؟ وبقيت مدة دقيقتين أحاول أن أستمع فقط لكلمات والدي وهو يعيد ويكرر أنه لا يستطيع قبول ما يحدث له. وسألني والدي ما إذا كنت أستطيع المجيء. وأجبت بالإيجاب.

وسألني بعد ذلك عما إذا كنت أستطيع إحضار الصغار معي، فقد كان في ذهنه أنه يموت، ولكن الحقيقة القاسية هي أنه لم يكن قريبا من الموت، فقد أدركت أنه قد يبقى في مثل هذا الحال فترة غير قليلة.

ولذلك قلت: «دعني آتِ وحدي أولا».

وهكذا سارعت إلى تهيئة أموري بالحصول على تذكرة طيران إلى أوهايو، وبإلغاء مواعيدي الطبية وغيرها من المواعيد في بوسطن. واتصل والدي مرة أخرى بعد ساعتين، وكان هذه المرة هادئا، فقد تمكن من أن يقف على قدميه، بل استطاع أن يمشي إلى المطبخ. وقال لي: «لا حاجة بك إلى أن تأتي الآن؛ انتظر حتى نهاية الأسبوع». ولكني قررت أن ألتزم بقراري وأسافر إليهما لأني شعرت بأن الأزمات تتفاقم.

حينما وصلت إلى أثينز في وقت مبكر من مساء اليوم نفسه، وجدت والدتي ووالدي جالسين إلى الطاولة يتناولان العشاء، وقد أصبحت الساعات الست التي قضاها وهو مشلول على أرض الحمام قصة مضحكة وهما يخبرانني بما حدث.

قالت أمي: «لقد مضت عليّ سنوات لم أهبط فيها إلى الأرض».

وقال والدي: «كان المنظر شبه رومانسي»، واندفع وهو يقول هذا في ما لا أستطيع سوى أن أصفه بأنه ضحكة.

حاولت أن أشاركهما الضحك، ولكني لاحظت أن الشخص الذي أمامي يختلف عن الشخص الذي كنت قد رأيته آخر مرة منذ أسابيع قليلة فقط. لقد فقد المزيد من وزنه، وبلغ به الضعف أن حديثه يصبح مجرد تلعثم في بعض الأحيان، وصار يعاني صعوبة في رفع الطعام إلى فيه، ويلطخ قميصه بآثار الطعام. لقد صار يحتاج إلى من يساعده وهو ينتصب من الجلوس إلى حالة القيام. إنه يشيخ الآن أمام عيني.

شعرت بأن الصعوبات آتية، فقد تصورت في ذلك اليوم ولأول مرة ما معنى أن يصاب والدي بالشلل: إنه يعني أن تصبح الأساسيات أمرا شاقا - الوقوف، والذهاب إلى الحمام، والاغتسال، ولبس الملابس - ولن تستطيع والدتي أن تساعده في كل ذلك. وشعرت بالحاجة إلى أن نتحدث.

لهذا جلست مع والديّ في وقت لاحق من المساء وسألت والدي: «ما الذي تنوي عمله يا أبتِ حتى تعتني بنفسك؟»

وأجاب والدي: «لا أدري».

وسألته مرة أخرى: «هل واجهت صعوبة في التنفس؟».

وأجابت عنه والدتي: «إنه يتنفس».

وأجبتها: «سوف نحتاج إلى طريقة فعالة للعناية بوالدي».

قالت والدتي: «قد يكون من الصواب أن يأخذ العلاج الكيماوي».

لكنه أجاب بحدة: «لا». فقد استقر ذهنه فيما يخص هذا الاحتمال على أنه حتى مجرد الآثار الجانبية للأسترويدات يصعب عليه تحملها - التعرق، والقلق، وصعوبة التفكير، والكآبة - ولم تظهر له أي فائدة مقابل ذلك. وهو لا يعتقد أن دورة متكاملة من العلاج الكيماوي ستنتج أي تحسن أساسي، وهو يخشى الآثار الجانبية.

حينما حان وقت النوم في وقت متأخر من الليل ساعدت والدتي في تهيئة والدي للنوم، وبعد أن نام تحدثت إليها عما سيحتاج والدي إليه من مساعدة. سيحتاج إلى مساعدة التمريض، وإلى غرفة المستشفى، وإلى مرتبة هوائية تمنع تقرحات طول الاضطجاع، وسيحتاج إلى العلاج الفيزيائي لحماية عضلاته من التصلب. ثم سألتها هل علينا أن نراجع بيوت التمريض؟

مثل هذا الاقتراح جعلها تفزع، وقالت: لا بكل تأكيد. وتذكرت صديقاتها في بيوت التمريض في أنحاء البلدة، ولكنها تشعر بالفزع حينما تفكر في وضع تلك المراكز، ولذلك لم تكن تتصور أن تضع زوجها في واحد من تلك البيوت.

ها قد وصلنا إلى مفترق الطرق نفسه الذي رأيت عشرات من المرضى يصلون إليه، إلى النقطة نفسها التي رأيت أليس هوبسون تصل إليها. فنحن نواجه ما لا حل له، لكننا ابتأسنا لتصديق أننا لن نواجه ما لا يمكن السيطرة عليه. فباستبعاد الاتصال بالطوارئ على الرقم 911 في المرة التالية التي تحدث فيها مشكلة، وبعدم الاحتكام إلى منطق الطب ودوافعه، ما الذي يمكننا فعله؟ فعلى الرغم من أننا نحن الثلاثة ورثاء 120 عاما من الخبرة الطبية، فإننا نواجه لغزا. ثم تبين فيما بعد أننا نتعلم درسا.

كان ما نحتاج إليه هو أن تكون أمامنا خيارات، ولم تكن أثنز هي المكانَ الذي يوفر أنواع الخيارات التي رأيتها تتكاثر في بوسطن للواهنين والمسنين. فأثنز بلدة صغيرة عند سفوح جبال الأبالاش. وجامعة أوهايو، وهي الكلية المحلية، تمثل روح البلدة. وثلث المقاطعة يعيش في فقر[12]، مما يجعل مقاطعتنا أفقر مقاطعة في الولاية، ولهذا كان مما أدهشني حينما تجولت في أنحاء المنطقة لأجمع المعلومات أن أجد أن الناس هنا أيضا يثورون على طريقة تعامل الطب والمؤسسات مع حياتهم بعد أن يبلغوا الشيخوخة.

كان ممن كلمتهم مثلا مارغريت كون Margaret Cohn، وهي وزوجها نورمان Norman عالما أحياء متقاعدان. وزوجها مصاب بنوع شديد من التهاب المفاصل يسمى التهاب الفقار اللاصق (ankylosing spondylitis)، كما أن مما يزيد صعوبة وضعف قدرته على المشي معاناته من الرعشة وشلل الأطفال (polio) الذي أصيب به في صباه. شعر كلاهما بالقلق حول قدرتهما على تدبير شؤون البيت من

دون مساعدة أحد آخر، فقد كانا يكرهان أن يضطرا إلى أن ينتقلا للعيش مع أي من أبنائهما الثلاثة، خاصة أن أولئك الأبناء كانوا موزعين على مسافات بعيدة. كانت مارغريت ونورمان كون يرغبان في المجتمع نفسه الذي ألفا العيش فيه. ولكنهما حينما تجولا في أنحاء البلدة لاستكشاف ما يتوافر من أنواع المعيشة المدعومة لم يجدا شيئا مقبولا ولو بشكل جزئي. قالت لي مارغريت: «أفضل أن أعيش في خيمة على أن أعيش حياة مثل تلك».

لهذا قررت مارغريت ونورمان أن يكونا هما اللذين يطرحان الحل، مهما كانا قد بلغا من العمر. قالت مارغريت: «أدركنا أننا ما لم نجد حلا بأنفسنا، فلا أحد سوف يتقدم بالحل بدلا منا». كانت مارغريت قد قرأت مقالا في إحدى الصحف حول قرية «بيكون هيل» Beacon Hill Village، وهو برنامج بوسطن الذي طُرح دعما للمسنين في نطاق الحي ليبقوا في منازلهم، وقدح هذا زناد تفكيرها. وهكذا تجمع الزوجان كون وعدد من أصدقائهما للعمل المشترك، وفي العام 2009 أنشأوا «قرية أثنز» Athens Village[13] متبعين النهج نفسه الذي اتبعته قرية «بيكون هيل» في بوسطن. أجرى الأصدقاء بعض الحسابات وتوصلوا إلى أنهم إذا حصلوا على خمسة وسبعين شخصا يدفع كل منهم أربعمائة دولار في العام، فسيكون هذا كافيا لإطلاق الخدمات الأساسية. ووقَّع على المشروع مائة شخص، ودُشن مشروع قرية أثنز.

كان من أوائل من عيَّناهم شخص ودود ذو مهارات متنوعة على نحو رائع، فقد كان هذا الرجل راغبا في مساعدة الناس في كل شؤون المعيشة العادية التي لا ينتبه المرء لها حين تكون متوافرة، ولكن لا يعيش المرء من دونها ويحس بفقدها حين لا تكون متوافرة، أشياء مثل إصلاح قفل معطوب، وتبديل مصباح انتهى عمره، وحل مشكلة سخان الماء حينما لا تعرف كيف تشغله.

قالت مارغريت عن هذا الرجل: «يمكنه أن يؤدي أي عمل تقريبا. وقد شعر الناس الذين انضموا إلى المشروع بأن رجل الصيانة وحده يستحق الأربعمائة دولار التي قدموها».

كما عيَّنوا مديرة بدوام جزئي. وكانت هذه المديرة تتابع الأفراد العاملين، وتجمع المتطوعين الذين يمكن أن يسارعوا إلى العمل إذا حصل انقطاع في التيار الكهربائي أو احتاج أحدٌ إلى تسخين طبق «الكسرولة». وعرضت وكالة محلية للممرضات الزائرات

مساحة مجانية للعمل وقدمت خصومات لأعضاء القرية على ما تقدمه الوكالة من خدمات التمريض المساعدة. وفي الوقت نفسه وفرت الكنيسة ومؤسسات العمل المدني وسائل نقل هي سيارات الفان، ووجبات توصل إلى منازل الأعضاء الذين يحتاجون إلى ذلك. وهكذا طوَّرت قرية أثنز خدمات ومجتمعا يؤمِّن للأعضاء ما يجنبهم الحيرة حينما تتزايد مشكلاتهم. ونهض المشروع في اللحظة المناسبة تماما بالنسبة إلى الزوجين كون، فلم يمضِ إلا عام واحد بعد إنشاء المشروع حينما تعرضت مارغريت للوقوع مما جعلها مقيدة على الدوام بكرسي العجلات. وعلى رغم أن كلا الزوجين كان معاقا وفي أواسط الثمانينيات من عمره، استطاعا أن يجعلا حياة المسنين تنجح من دون أن يغادر المسن مسكنه.

تحدثت أنا ووالداي عن إمكانية الانضمام إلى قرية أثنز، فلم يكن البديل الوحيد للانضمام إليه إلا حياة الهوسبيس، وقد ترددت في ذكر هذا البديل. فمجرد ذكره سيعني إثارة النقاش حول صورة الموت المظلمة والمسكوت عنها. وأما الحديث عن قرية أثنز فكنا نتظاهر من خلاله بأن ما يعاني منه والدي لم يكن سوى مظاهر الشيخوخة، ولكني ضغطت على أعصابي وسألت عما إذا كان بالإمكان أن نفكر أيضا في الانضمام إلى نظام الهوسبيس.

ظهر لي عند ذلك أن والدي كان مستعدا للتفكير في نظام الهوسبيس، بينما لم تكن والدتي مستعدة لهذا بالدرجة نفسها، فقد قالت: «لا أظن أن من الضروري أن نفكر في الانضمام إلى نظام الهوسبيس»، ولكن والدي قال ربما تكون فكرة جيدة أن نستشير شخصا من الوكالة حتى نسمع التفاصيل.

وهكذا زارتنا في صباح اليوم التالي ممرضة ممارسة من «سكن مجتمع الأبالاش» Appalachian Community Hospice. أعدت والدتي الشاي، وجلسنا إلى طاولة الطعام، وأقر هنا بأنني لم أتوقع الكثير من الممرضة، فلسنا في بوسطن، واسم الوكالة «سكن مجتمع الأبالاش»، وهذا له دلالته.

ولكن الممرضة أدهشتني أيما دهشة حينما بدأتْ بالحديث. قالت لوالدي: «كيف حالك؟ هل ألمك شديد؟»

وأجاب: «في هذه اللحظة لا أشعر بألم شديد».

ثم سألته: «أين تشعر بالألم؟»

فأجاب: «في رقبتي وفي ظهري».

لاحظت أنها سألت هذه الأسئلة عن قصد، فقد تأكدت أن والدي كان في حالة عقلية مناسبة للحديث، كما أنها زرعت في ذهنه خلال لحظات أنها مهتمة به بوصفه إنسانا وبحالته، وليس بمرضه أو تشخيصه. لقد استطاعت أن تثبت لنا، ونحن كلنا أطباء، أنها تعرف تماما كيف تؤدي عملها.

يبدو على هذه الممرضة أنها على حدود الخمسين من عمرها، وشعرها رمادي قصير، وتلبس سترة قطنية بيضاء، مطرزة بزهرة على الصدر، وسماعة الطبيب بارزة من حقيبتها. كانت لهجتها محلية ريفية، ومع ذلك كانت تصل إلى هدفها من دون صعوبة.

قالت لوالدي: «أرسلوني ومعي أوراق لتوقيعها إذا أردت الانضمام إلى نظام الهوسبيس، فما رأيك؟»

ترك والدي هنيهة تمر قبل أن يجيب، وصبرت الممرضة، فقد كانت تعرف كيف تبقى صامتة.

ثم قال والدي: «أظن هذا هو الحل الأمثل، لأنني لا أريد المعالجة الكيماوية».

وسألتْ ثانية: «ما نوع المشكلات التي تواجهها؟».

فأجاب: «الغثيان، وزيادة الألم، وتشوش الذهن، فالدواء يجعلني أغالب النعاس. جربت أن آخذ تايلنول مع كودين Codeine، وجربت حبوب تورادول Toradol، وأنا الآن آخذ كيتامين».

ثم تابع قائلا: «صحوت هذا الصباح ووجدت أن الأمور مختلفة تماما، فلم أستطع الوقوف، بل لم أستطع دفع الوسادة إلى أعلى الفراش. لم أستطع التحكم في فرشاة الأسنان حتى أنظف أسناني، ولم أستطع سحب بنطالي أو جواربي للبس. أصبح الجذع لديَّ ضعيفا، وأواجه مشكلة في النهوض إلى وضع الجلوس».

وكان جوابها: «إن الهوسبيس يقدم العناية التلطيفية»، وأوضحت ذلك بأن مثل هذا النظام يقدم ما يكفي من عناية لحل هذه المشكلات. ثم استعرضت الممرضة الخدمات التي يغطيها نظام «ميديكير» بالنسبة إلى والدي، فهو مؤهل للحصول على عناية طبيب العناية التلطيفية، وهو طبيب يتحكم في الأدوية ومختلف العلاجات بحيث يخفف إلى أدنى حد شعوره بالغثيان والألم ومختلف الأعراض الأخرى بقدر

الإمكان. وسوف يتلقى زيارات الممرضات المنتظمة، بالإضافة إلى الدعم التمريضي للطوارئ، وهذا متوافر على مدار الساعة، ويُوفَّر من خلال الاتصال الهاتفي. وسيزور والدي أيضا مساعدون متفرغون للصحة المنزلية مدة أربع عشرة ساعة في الأسبوع، وهؤلاء يساعدون في خدمات كالاغتسال، واللبس، وتنظيف البيت، وكل ما عدا ذلك من أمور غير طبية. كما يمكن حين الحاجة أن يأتي مرشد روحي وأخصائي اجتماعي. وسيزوَّد بما يحتاج إليه من أجهزة طبية. كما يمكن لوالدي أن «ينهي» خدمات الهوسبيس في أي وقت يريد.

ثم سألته الممرضة فيما إذا كان يريد هذه الخدمات أن تبدأ الآن، أو يريد أن يفكر فيها بعض الوقت، وكان جوابه: «فلتبدأ الآن». فقد كان مستعدا، ونظرت إلى أمي، ولكن وجهها كان خاليا من التعابير.

وانتقلت الممرضة المتمرسة الآن إلى تفاصيل الموضوع الصغيرة. هل يريد استخدام أمر: «لا تحاولوا إنعاشي» في حالة خطر الموت «DNR» ؟ هل لديه جهاز مراقبة صغير أو جرس يستطيع من خلاله استدعاء من يقوم بالعناية؟ هل يوجد من هو قادر على مساعدته على مدار الساعة؟

ثم سألته: «ما شركة دفن الموتى التي تريد التعامل معها؟» كان شعوري في أثناء متابعتي لهذه المحادثة مقسما بين الصدمة – هل تجري هذه المحادثة حقا أمامي؟ - والاطمئنان للطريقة الطبيعية والروتينية التي تتحدث بها الممرضة عن هذه الأمور.

وكان جواب والدي بغير تردد: «شركة جيغرز» Jagers. لم أكن قد انتبهت قبل الآن أنه ظل يفكر منذ فترة بعيدة في الشركة المختصة بالدفن التي يريد التعامل معها. كانت لهجته هادئة وهو يعطي الجواب، بينما أصيبت والدتي بالذهول، فلم تكن المحادثة تسير في الاتجاه الذي توقعت أن تسير فيه.

ثم استدارت الممرضة إلى والدتي نفسها، وقالت بصوت ليس فيه قسوة، ولكنه مع ذلك واضحٌ على نحو زائد: «حينما يفارق الحياة، لا تتصلي بـ 911، ولا تتصلي بالشرطة، ولا تتصلي بشركة سيارات الإسعاف. اتصلي بنا بدلا من كل ذلك، وستأتي ممرضة للمساعدة. ستتخلص الممرضة من الأدوية المخدرة، وستعد شهادة الوفاة، وستغسل الجسد، وستدبر الأمر مع شركة الدفن».

وقالت والدتي بحزم: «إننا لا نفكر الآن في الموت، بل نفكر في الشلل».

فأجابت الممرضة: «حسنا».

ثم سألت والدي ما الأشياء التي تشغل باله بالدرجة الأولى. وأجاب بأنه يريد أن يبقى قويا ما أمكنه ذلك. وأضاف أنه يريد أن يبقى يستخدم لوحة مفاتيح الكمبيوتر، فهو يتصل بالعائلة والأصدقاء في كل أنحاء العالم عبر البريد الإلكتروني وبرنامج سكايب، كما أنه لا يريد أن يتعرض للألم.

وأضاف: «أريد أن أكون سعيدا».

بقيت الممرضة لدينا ما يقرب من ساعتين، فحصت والدي، وفحصت البيت لترى مجالات الخطر فيه، وتأكدت من المكان المناسب لوضع الفراش، وصممت برنامجا لزيارة الممرضة ولمساعد الصحة المنزلي. كما أخبرت والدي بأنه يحتاج إلى أن يهتم بعمل شيئين فقط، فقد استنتجت أنه يأخذ أدويته بشكل عشوائي، وأنه يعبث بنوع الدواء الذي يأخذه وبمقدار الجرعة التي يأخذها، ولهذا أخبرته بأنه لا بد أن يأخذ الدواء بشكل صارم، وأن يسجل رد فعل جسمه للدواء، وذلك ليستطيع فريق الهوسبيس أن يقيسوا أثر الدواء بدقة، وليستطيعوا من ثم أن يساعدوا والدي في أخذ المزيج الأنسب لتقليل الألم وتشويش الذهن. كما أخبرت والدي بأن يهتم بألا يقوم من مكانه أو يتجول من دون أن يكون هناك من يساعده.

ورد: «من عادتي أن أنهض وأسير من دون انتظار أحد».

فقالت: «يا دكتور غواندي، إذا سببت كسر وركك فستكون في هذا مصيبة».

وهكذا وافق والدي على تعليماتها.

أدهشني على مدى الأيام التالية أن أرى الفرق الذي أحدثته الملاحظتان البسيطتان اللتان طلبتهما إدارة الهوسبيس. ففيما يخص الأدوية، لم يستطع والدي مقاومة العبث بأدويته، لكنه قلل هذا العبث جدا، كما حافظ على سجل يسجل فيه الأعراض، ويسجل ماذا يأخذ من دواء وفي أي وقت. وحينما تأتي الممرضة التي تزوره كل يوم تراجع مع والدي ما يأخذ من أدوية وتحدد ماذا يحتاج إليه من تعديلات. أدركنا أن حالته كانت تتأرجح تأرجحا شديدا بين الألم القاسي وسقوطه تحت التأثير البالغ للأدوية، فقد بلغ هذا الحذر حدا جعله يبدو كالمخمور، وجعل كلامه مبهما مشوشا، وأضعف سيطرته على حركة

أطرافه. غير أن التغييرات التي حدثت بإشراف الممرضة قللت هذا التأرجح بالتدريج، فقد كادت تختفي مظاهر ما يشبه السكر لدى والدي، وتحسن ضبط مقدار الألم لديه، هذا مع أن الألم لم يختفِ بالكلية، وكان هذا يظهر في توتره الشديد وأحيانا في تعبيره عن الغضب.

كما أن والدي استجاب من جهة أخرى لتعليمات الامتناع عن أي تحرك من مكانه من دون وجود من يساعده. وساعدت إدارة الهوسبيس والدي في استئجار مساعد للعناية الشخصية يقضي الليل مع والدي ويساعده في قضاء الحاجة حينما يحتاج إلى ذلك. وفعلا توقف والدي عن السقوط بعد ذلك، وبدأنا ندرك شيئا فشيئا كم كان الوقوع يؤذيه في كل مرة، فكلما مر يوم من دون سقوط خف مقدار التشنجات في ظهره ورقبته، وتحسن ضبطه لمقدار الألم، وزادت قوته.

رأينا بأم أعيننا نتائج عيش والدي يومه على أفضل حالاته، من دون التضحية باليوم من أجل الغد. صحيح أن والدي كاد يصبح مرتبطا بكرسي العجلات تمام الارتباط، ولكن انزلاقه نحو الشلل الرباعي توقف. لقد صار والدي أقدر على التحرك مسافات قصيرة بمساعدة العكازة المتعددة الأرجل. وتحسن تحكمه في قوة يديه وذراعه. وقلت صعوبة تكليمه الناس بالهاتف، وتحسنت قدرته على استخدام الحاسوب المحمول. وصار قادرا على استقبال الضيوف بعد أن صار يعرف كيف سيمضي يومه. ولم يمضِ وقت طويل حتى صار يعد حفلات في بيتنا كما كان يفعل في الماضي. لقد وجد أنه يستطيع أن يحيا حياته وإن كان هذا ضمن حدود ضيقة يفرضها الورم الشنيع.

وفي يونيو، أي بعد هذه الأحداث بشهرين، طرت إلى بيتهما آتيا من بوسطن، ليس لمجرد رؤيته فقط، بل لتقديم خطاب تخرُّج باسم جامعة أوهايو. كان والدي متحمسا لحضور هذا الاجتماع من اللحظة التي دُعيت فيها إلى هذه المناسبة قبل عام. لقد كان يشعر بالفخر، وكنت أتصور كيف سيكون كلا والديَّ حاضرا في تلك المناسبة، فقليلة هي الأشياء التي تبعث في النفس سرورا يفوق ما تبعثه دعوة من البلد الذي ترعرع فيه المرء. ولكني مع ذلك بقيت أخشى بعض الوقت ألا يعيش والدي حتى يحضر الحفل، ولكن ظهر على مدى الأسابيع القليلة السابقة على الحفل أن والدي سيحضره، ولهذا وجهنا تخطيطنا لتفاصيل تحركه.

تقضي ترتيبات الحفل بأن ينظَّم في ملعب كرة السلة التابع للجامعة، وأن يكون جلوس الخريجين على كراسيَّ قابلة للطي على الأرض المبلطة بالخشب، بينما تكون العائلات في الأماكن المخصصة للمشاهدة. كنا قد أعددنا خطة لجلب والدي على المنحدر الخارجي عن طريق عربة الغولف، ومن ثم نقله إلى كرسي العجلات، وتهيئة جلوسه على طرف المستوى الأرضي حتى يمكنه مشاهدة الإجراءات. ولكن حينما حان يوم الاحتفال وحملت العربة والدي إلى باب الملعب، أصر بصلابة على أنه سوف يسير ولن يجلس في كرسي العجلات ليقطع المسافة.

ساعدته على الوقوف، وأمسك بذراعي، وبدأ يسير. لم أكن قد رأيته يسير أكثر من عرض غرفة المعيشة لمدة نصف العام. ولكن ها هو يسير ببطء، يجر قدميه، حتى قطع ملعب كرة القدم بطوله، ثم صعد مجموعة من عشرين درجة من الخرسانة ليأخذ مكانه بين العائلات في مواقف المشاهدة. كادت عواطفي تغلبني وأنا أشهد هذا الموقف. ها أنا أرى ماذا يحقق التغيير في العناية - أليس هذا نوعا آخر من الطب - وأخذت أتأمل في هذا. هذا إذن ما يمكن لمحاورة صعبة أن تحققه.

8

امتلاك الشجاعة

«إن أوقات السرور المضمونة تجعل مواجهة المعاناة مقبولة»

في العام 380 ق.م. كتب أفلاطون محاورة سماها «لاخيس» Laches[1]، يسعى فيها سقراط وجنرالان أثينيان إلى الوصول إلى جواب عن سؤال سهل في ظاهره: ما الشجاعة؟ كان الجنرالان، وهما لاخيس ونيسياس، قد ذهبا إلى سقراط لينهيا جدالا ثار بينهما بشأن ما إذا كان يجب أن يُدرب الأولاد الذين يخضعون للتدريب العسكري على أن يلبسوا الدروع في أثناء تدريبهم على القتال، فنيسياس يعتقد أنهم يجب أن يلبسوا الدروع، ولاخيس يعتقد أنهم يجب ألا يلبسوها.

تساءل سقراط عند ذلك: ما الهدف النهائي من التدريب؟ وكان جواب الجنرالين أن

الهدف هو زرع الشجاعة في قلوب الشباب. ثم تساءل سقراط: «وما الشجاعة؟» أجاب لاخيس: «الشجاعة هي قدرة النفس على التحمل». لكن سقراط يشك في هذا الكلام، فهو يذكّر لاخيس بأنه تأتي أوقات تكون الشجاعة فيها ألا يستمر المرء، بل أن يتراجع، بل ربما أن يهرب. ويتساءل: ألا يمكن للتحمل أن يكون أحمق في بعض الحالات؟

يوافق لاخيس على هذا، ولكنه يحاول مرة أخرى فيقول إن الشجاعة هي: «التحمل بشكل حكيم».

يبدو هذا التعريف أكثر دقة، ولكن سقراط يتساءل عما إذا كانت الشجاعة مرتبطة بهذا الشكل الوثيق بالحكمة، ثم يتابع السؤال: ألا نعجب بالشجاعة حينما يكون المطلوب شيئا غير حكيم؟

ويقر لاخيس بأن هذا صحيح.

يتدخل هنا نيسياس، فالحكمة وفق ما يقول هي ببساطة «معرفة ما يجب أن نخافه أو أن نأمله، في الحرب أو في أي ظروف أخرى». ولكن سقراط يجد هذا التعريف غير مُرضٍ أيضا، لأن المرء يمكن أن يملك الشجاعة من دون معرفة تامة بمآل ما يفعل، بل إن المرء يجب عليه أن يكون كذلك في كثير من الحالات. وهنا يقع الجنرالان في حيرة، فحتى نهاية المحاورة لا يجد المتحاورون تعريفا يتفقون عليه، ولكن ربما يصل القارئ إلى جواب معقول: فالشجاعة فيما يبدو هي القوة في مواجهة معرفة ما يخشى منه أو يؤمل، والحكمة هي القوة العاقلة.

هناك حاجة إلى نوعين من الجرأة على الأقل حينما يصل المرء إلى سن الشيخوخة ويعاني المرض. الأول هو الجرأة على مواجهة حقيقة الموت؛ أي الجرأة على البحث عن حقيقة ما يجب الخوف منه وما الذي يجب أن يأمله المرء. أما النوع الثاني من الجرأة فهو أكثر تحديا؛ إذ إنه الجرأة على أن يتصرف المرء وفق ما اكتشفه من حقيقة. المشكلة هي أن طريق الحكمة كثيرا ما يكون غير واضح. مر عليّ وقت طويل وأنا أظن أن هذا بسبب الشك، أي أنه إذا كان من العسير أن يعرف المرء ما الذي سيحدث، فإنه من الصعب أن يعرف ماذا سيفعل. ولكني أدركت فيما بعد أن التحدي هو أكبر من ذلك، فعلى المرء أن يقرر ما إذا كانت مخاوفه أو آماله هي ما تستحق أن تُعطى الأولوية.

بعد أن عدت إلى بوسطن آتيا من أوهايو، وباشرت عملي في المستشفى، جاءني مرسال في وقت متأخر من الليل، وعلمت وقتها أن جويل دوغلاس رجعت إلى المستشفى، وأن معدتها لا تمسك الطعام، تماما كما كانت حالتها من قبل، وأن السرطان يتقدم في جسمها. ها قد قاومت المرض ثلاثة أشهر ونصف الشهر؛ وهي فترة تزيد عما كنت قد قدَّرتُه لها، ولكنها أقصر مما توقعتْ هي. لقد تزايدت الأعراض على مدى أسبوع: بدأت بالانتفاخ، ثم أصبحت موجات من ألم المغص، ثم عانت الغثيان، وانتقل هذا إلى التقيؤ. وهكذا أرسلها طبيب الأورام إلى المستشفى، وظهر من خلال تصوير المسح الضوئي أن سرطان المبيض قد تزايد ونما وبدأ يسد أمعاءها مرة أخرى. كما ظهرت لدى جويل مشكلة جديدة، فقد امتلأ بطنها بالسوائل، وقد سدت ترسبات الورم النظام اللمفاوي في جسمها، وهو النظام الذي يعمل مثل مصرّف العواصف، يشحّم الطريق لتسليك السوائل التي تفرزها بطانة الجسم الداخلية، فحينما يُسد طريق هذا النظام، فإن السائل لا يجد طريقا للتصريف، وحينما يكون حدوث هذا أعلى من الحجاب الحاجز، وهو ما حدث نتيجة لسرطان الرئة لدى سارا مونوبولي، فإن الصدر يمتلئ ليأخذ شكل القارورة ذات التزممات إلى حد أن المريض يجد صعوبة في التنفس. أما إذا كان انسداد النظام تحت الحجاب الحاجز، وهو ما حصل لجويل دوغلاس، فإن البطن يمتلئ مثل الكرة المطاطية، حتى يحس المريض بأن البطن يكاد ينفجر.

حينما ذهبت إلى غرفة جويل دوغلاس، لم يكن في إمكاني أن أعرف أين وصل مرضها لولا أنني رأيت تصوير المسح الضوئي. واستقبلتني بالقول: «انظروا من أتى!» وكأنني وصلت من فوري إلى حفلة كوكتيل. ثم أضافت: «كيف حالك، دكتور؟».

وكان جوابي: «أظن أنه يُفترض أن أكون أنا من يسأل كيف حالك».

فابتسمت ابتسامة مشرقة، ثم التفتت وأشارت إلى شخصين في الغرفة، وقالت: «هذا زوجي آرثر، وأنت تعرفه، وها هو ابني بريت». وهكذا أجبرتني على الابتسام. كانت الساعة الحادية عشرة ليلا، ولم يكن في جسمها مكان لنصف لتر من الماء، ولكن شفتيها كانتا مزينتين بأحمر الشفاه، وكان شعرها الرمادي مصففا منتظما، وها هي تُصر على تعريف بعضنا ببعض. لا يعني هذا أنها كانت غافلة عن مشكلتها، ولكنها كانت تكره أن تكون مريضة، وتكره ما يعنيه المرض من بؤس ومقت.

حدثتُها حول ما رأيته في صور المسح الضوئي، لم تكن كارهة لمواجهة الحقائق، ولكن ما عليها أن تفعله بشأن تلك الحقائق كان أمرا آخر. وكما في حالة والدي كان لدينا أنا وطبيب الأورام عدد من الخيارات، لقد صارت مجموعات مختلفة من العلاجات الكيماوية متوافرة بحيث يمكن لأي مزيج منها أن يُجرب لتخفيف مشكلة الورم. وفيما يخص الجراحة، كان لدي عدد من الخيارات الجراحية للتعامل مع حالة جويل. قلت لها إنني لا أستطيع من خلال الجراحة أن أُزيل الانسداد في الأمعاء، ولكن ربما يمكنني أن أتجاوزه: يمكنني إما أن أصل معَي مسدودا بآخر غير مسدود، أو يمكنني أن أقطع الأمعاء فوق المكان المسدود، وأصنع فتحة تخرج منها لفة الأمعاء إلى الخارج، وعليها أن تعيش في هذا الوضع. وأخبرتها أن في إمكاني أيضا أن أركّب لها قسطرتين للتفريغ: قسطرتين دائمتين لهما سدادتان يمكن فتحهما لتفريغ السوائل من قنوات جسمها أو من أمعائها عند اللزوم. وأخبرتها أن الجراحة فيها مخاطرة التعرض لمضاعفات صعبة – مثل انتكاس الجرح، أو تسرب من الأمعاء إلى تجويف البطن، أو التلوث – ولكن الجراحة توفر لها مع ذلك الطريقة الوحيدة لاستعادة القدرة على الأكل. أخبرتها أيضا أننا لسنا مضطرين إلى المعالجة الكيماوية ولا إلى الجراحة. يمكننا أن نلجأ إلى الأدوية التي تسيطر على ألمها وعلى الغثيان، ويمكن لنا أن نوفر لها خدمة الهوسبيس وهي في بيتها.

شعرت جويل بالعجز عن التعامل مع البدائل الكثيرة، فكل البدائل بدت رهيبة، ولم تعرف ماذا تختار. وشعرتُ بالخجل من نفسي أنني انتكست إلى أداء دور طبيب المعلومات بعرضي عليها كل الحقائق والأرقام، وتركي لها الاختيار من بين البدائل. ولهذا رجعت عن هذه الطريقة وسألت الأسئلة التي كنت قد سألتها والدي: ما أشد ما تخافه؟ ما أشد ما يشغل بالها؟ ما الأهداف التي تعتبرها الأهم؟ ما التضحيات التي هي مستعدة لتحملها مقابل ما تأمله من أرباح؟ وما التضحيات التي هي غير مستعدة لقبولها؟

هذه الأسئلة ليست من النوع الذي يستطيع كل امرئ أن يجيب عنها، ولكنها أجابت. قالت إنها تريد أن تبقى من دون ألم، ومن دون غثيان، ومن دون إقياء. وهي تريد أن تأكل، وأهم شيء تريده هو أن تستطيع المشي على رجليها. وقالت إن أشد مخاوفها هو ألا تستطيع أن تعيش الحياة وأن تستمتع بالحياة: ألا تستطيع العودة إلى البيت وتقضي الوقت مع من أحبتهم.

وأما بشأن ما هي الخسائر مقابل الأرباح، بشأن التضحيات التي هي مستعدة لأن تتحملها الآن مقابل كسب الوقت فيما بعد، فأجابت: «ليس الكثير». فنظرتها إلى الوقت غير مستقرة، فهي تريد التركيز على الحاضر، وعلى أحب الناس إليها. وأخبرتني أن ما يحتل أعلى مكان في ذهنها هو حفلة زفاف تريد حضورها في نهاية الأسبوع، وهي حريصة جدا على ألا تفوتها. وقالت تشرح هذه الرغبة: «إن أخا زوجي آرثر سوف يتزوج أفضل صديقة لي». كانت هي التي هيأت لهما أول لقاء، ولم يبقَ لحفلة الزواج سوى يومين، فالحفلة ستكون في الساعة الواحدة من ظهر السبت. وأضافت: «هذا أفضل ما أريد فعله». وسيكون زوجها هو حامل الخاتم، ويفترض أن تكون هي إحدى إشبينات العروس. فهي مستعدة لعمل أي شيء لتحضر هذه المناسبة كما قالت.

فجأة أصبح التوجه واضحا، فالمعالجة الكيماوية لا تنطوي على فرصة كبيرة في تحسين حالتها الآنية، وسوف تضطرها إلى المجازفة بوقت ثمين من الوقت الذي لديها الآن، كما أن الخضوع لعملية لن يتيح لها على الإطلاق حضور حفلة الزواج. ولهذا وضعنا خطة قد تسمح بحضورها الحفلة، على شرط أن تأتي بعد الحفلة لنقرر الخطوات التالية.

باستخدام إبرة طويلة، سحبنا لترا من سائل بلون الشاي من بطنها، وقد منحها هذا على الأقل شعورا مؤقتا بالتحسن، وأعطيناها دواء لكبح شعورها بالغثيان، واستطاعت أن تشرب ما يكفي من السوائل ليبقى لديها ما يكفي من الماء. وفي الساعة الثالثة من بعد ظهر يوم الجمعة سمحنا لها بالخروج مع تعليمات تقضي بألا تشرب شيئا أثقل من عصير التفاح، وطلبت منها أن تأتيني بعد حفل الزفاف.

لم تتمكن من فعلها، فقد عادت إلى المستشفى في تلك الليلة نفسها، وكان مجرد التعرض لركوب السيارة، بما فيه من تأرجح وتخبط، كافيا لجعلها تتقيأ من جديد، وعادت إليها نوبات التشنج، كما أن حالتها ساءت أكثر بعد وصولها إلى البيت.

اتفقنا على أن أفضل خيار لدينا الآن هو الجراحة، وبرمجنا العمل معها لليوم التالي، وكانت خطتي أن أركز على قدرتها على الطعام، وأن أركّب لها أنابيب لتفريغ السوائل. ويعني هذا أن أترك لها القرار فيما بعد بشأن ما إذا كانت ترغب في المعالجة الكيماوية مرة أخرى، أو أن تنتقل إلى حياة الهوسبيس. لا أذكر أني رأيت مريضا يملك وضوح عقلها حول أهدافها، وكيف تصل إلى تلك الأهداف.

ولكن هذا كله لم يمنع أنها الآن في شك، ففي اليوم التالي طلبت مني أن ألغي العملية.

وكان تفسيرها لهذا الطلب: «إنني خائفة». لم تشعر بالجرأة الكافية لتمضي في إجراءات العملية، لقد ظلت تتقلب على الفراش طوال الليل وهي تفكر في العملية، وظلت تتصور الألم والأنابيب والمهانة إذا احتاج الأمر إلى خرق لفة الأمعاء وإخراجها إلى الخارج، كما تصورت المضاعفات المخيفة التي لا تعرف كنهها، ولكنها قد تحتاج إلى مواجهتها. وقالت عن ذلك: «لا أريد أن أواجه احتمالات الخطر».

تبين من خلال محادثتنا أن الصعوبة التي واجهتها لم تكن بسبب نقص شجاعتها للقيام بما يجب في مواجهة الأخطار، بل كانت الصعوبة في تحديد طريقة التفكير في مشكلاتها، وقالت إن أشد ما يخيفها هو المعاناة، فمع أن العملية التي نريد إجراءها يُقصد بها تخفيف المعاناة، ألا يحتمل - كما تساءلت - أن تؤدي الإجراءات إلى جعل المعاناة أشد لا أحسن؟

وقلت نعم، فهذا محتمل. فالجراحة تمنحها احتمال أن تأكل مرة أخرى، واحتمالا كبيرا في التخلص من الغثيان، ولكن هناك خطرا حقيقيا في أن تسبب لها الألم من دون أن تحقق أي تحسن، بل أن تؤدي إلى مشاقّ جديدة. قدرت أن لديها فرصة 75 في المائة لأن يؤدي عملي إلى أن يكون مستقبلها أفضل، لفترة ما على الأقل، وأن هناك احتمال 25 في المائة أن يجعل عملي وضعها أسوأ.

فما الشيء الصواب الذي يجب عمله إذن؟ ولماذا بدا الاختيار نوعا من العذاب إلى هذه الدرجة؟ لقد تبين لي وأنا أتأمل الموضوع أن الخيار معقد، أكثر تعقيدا من مجرد حسابات المخاطر. فكيف يستطيع المريض حساب التخلص من الغثيان؟ وفرص عودته إلى أن يأكل كما كان يأكل، مقابل احتمالات الألم أو الإصابات الجرثومية أو أن يعيش بقية حياته وهو يفرغ أمعاءه في كيس؟

يوفر لنا الدماغ طريقتين لتقييم خبرات مثل معاناة الألم[2]: فهناك طريقة لإدراك الخبرات التي تحصل في هذه اللحظة، والخبرات كما ندركها حينما نستعيدها إلى الذاكرة فيما بعد، والطريقتان متناقضتان تناقضا عميقا. كان دينيال كانيمان Daniel Kahneman، الباحث الفائز بجائزة نوبل، قد كشف لنا ماذا يحصل في هذا المجال من خلال سلسلة من التجارب التي سردها لنا في كتابه البديع «التفكير السريع

والتفكير البطيء» Thinking Fast and Slow. ففي إحدى تجاربه درس هو والطبيب دونالد ريدلماير من جامعة تورنتو، 287 مريضا يخضعون لمنظار القولون وعمليات التخلص Donald Redelmeier من حصى الكلية من دون تخدير. أعطى الباحثان المرضى جهازا يقدر أحدهم من خلاله كل ستين ثانية الألم الذي يعانيه على مقياس يتراوح من واحد (لا ألم) إلى عشرة (ألم لا يحتمل)، وهذا نظام يمدنا بوسيلة للقياس الكمي للألم الذي يعانيه المرضى لحظة بلحظة. وقد سئل المرضى في النهاية أيضا أن يقيّموا الألم العام الذي شعروا به خلال العملية. واستغرقت العمليات أوقاتا تراوحت بين الدقائق الأربع وما يزيد على الساعة، وكان ما عبر عنه المرضى عادة فترات من الألم المنخفض إلى المتوسط تتخلله لحظات من الألم الشديد. وقد أبلغ ثلث مرضى منظار القولون وربع مرضى حصى الكلية عن حصول الألم الذي قدروه بعشر درجات مرة واحدة على الأقل في أثناء التجربة.

نحن نفترض بشكل طبيعي أن التقييم النهائي سيكون شيئا من قبيل المجموع العام لإبلاغات الألم التي حدثت لحظة بعد لحظة، فنحن نعتقد أن التعرض الأطول للألم أسوأ من التعرض الأقصر للألم، وأن معاناة الفرد لمعدل أعلى من الألم أسوأ من معاناة مقدار أقل من الألم. لكن ما أبلغ عنه المرضى ليس كذلك على الإطلاق، فتقريرهم النهائي أغفل - إلى حد بعيد - طول فترة الألم، وإنما كان تقديرهم ينطبق على قاعدة أطلق عليها كانيمان «قاعدة القمة والنهاية» Peak-End Rule: وهي معدل الألم الذي يتعرض له المريض في لحظتين فقط مغفلا بقية الألم: لحظة أشد ألم تعرض له ولحظة نهاية العملية. وكان تقييم أطباء الجهاز الهضمي الذين أجروا العملية للألم الذي سببوه لمرضاهم مشابها جدا لتقييم المرضى أنفسهم، حيث ركزوا على لحظة الألم الأشد والألم الذي في النهاية، وليس اعتمادا على الألم الكلي.

لقد بدا أن للناس نفسين: نفسا مختبِرة تقاسي كل اللحظات في فترة الألم بالتساوي، ونفس متذكرة تعطي كل الثقل مباشرة عند الحكم للحظتين: أسوأ لحظة وآخر لحظة. ويبدو أن النفس المتذكرة تبقى ملتزمة بقاعدة «القمة والنهاية» حتى حينما يحصل شذوذ في النهاية، فحينما لم يتعرض المرضى للألم في آخر بضع دقائق من عمليتهم الطبية فإن هذا خفّض جدا تقديرهم العام حتى بعد أن عانوا أكثر من نصف ساعة مستوى عاليا من الألم، فقد قالوا عنه فيما بعد: «لم يكن هذا سيئا».

وبالطريقة نفسها فحينما تكون النهاية مؤلمة فإن هذا حرَفَ التقدير العام للألم بشكل مدهش للأعلى أيضا.

وقد أُجريت دراسات عديدة وفي سياقات متعددة أكدت قاعدة «القمة والنهاية» وكيف أن الإنسان يهمل استمرار الألم. كما ظهر من خلال البحوث أيضا أن هذه الظاهرة تنطبق على تقييم الأفراد للخبرات السارة بالطريقة نفسها أيضا. فكل منا قد مر بخبرة مشاهدة المباريات الرياضية التي يُبلي خلالها الفريق بلاء حسنا طوال وقت المباراة تقريبا ثم يفسد الأمر في النهاية. فنحن نشعر بأن النهاية السيئة تفسد كل الخبرة السابقة. هذا على الرغم من وجود تناقض في أصل هذا الحكم العقلي. فالنفس المختبِرة مرت عليها ساعات طويلة من التمتع ولحظة فقط من المعاناة، ومع ذلك فإن النفس المتذكرة لا تقر بوجود المتعة أبدا.

فإذا كانت النفسان، النفس المتذكرة والنفس المختَبِرة تصلان إلى رأيين مختلفين تمام الاختلاف حول الخبرة نفسها، فالسؤال الصعب هو: لأيهما نستمع. هذا جذر الموضوع الذي سبب العذاب لجويل دوغلاس، بل كان سبب عذابي أنا أيضا إلى حد ما، لأنني أردت أن أرشدها. فهل علينا أنا وهي أن نستمع للنفس المتذكرة أو الاستباقية وفق هذه الحالة التي تركز على أسوأ ما يمكن أن تعانيه مستقبلا؟ أو أن علينا أن نستمع للنفس المختبرة، وهي النفس التي يحتمل أن تعاني مقدارا أقل من الألم في المستقبل إذا قبلت جويل أن تتلقى الجراحة بدلا من أن تذهب إلى البيت من دون الجراحة والتي قد يمكنها أن تأكل مجددا ولفترة ما إن خضعت للجراحة؟

في نهاية المطاف، لا يرى الناس حياتهم على أنها مجرد معدل لكل اللحظات التي عاشوها.. تلك الحياة التي يمكننا تقريبا أن نقول عن نهايتها إنها ليست شيئا أفضل بكثير من وقت إضافي من النوم. ليست الحياة كذلك من وجهة نظر الناس، فهم يرون حياتهم ذات مغزى لأنها قصة. فالقصة لها مغزى كلي، والتحولات في أحداثها تحددها اللحظات التي لها قيمة، اللحظات التي يحدث فيها شيء. فقياس حياة الناس بقياس مستوى السرور والألم لحظة بعد لحظة يخطئ حين ينسى هذه الحقيقة، هذا المظهر الأساسي لوجود الإنسان. قد تكون حياة فلان في ظاهرها سعيدة، ولكنها فارغة، وقد تكون حياة آخر في ظاهرها صعبة، ولكنه يسعى إلى هدف عظيم. فأهدافنا أكبر منا. فالنفس المتذكرة – بعكس النفس المختَبِرة التي

تنغمس وتضيع في اللحظة الراهنة – لا تحاول أن تلاحظ لحظات قمة السرور وأشد لحظات الشقاء فقط، بل تحاول أن تنظر إلى الصورة كيف تبدو ككل. ويتأثر هذا بشدة بمآلات الأمور، وكيف ستكون في نهاية المطاف. لماذا يدع محبو كرة القدم دقائق من الإهمال في نهاية اللعبة تفسد ثلاث ساعات من السعادة؟ هذا لأن كرة القدم قصة، ففي القصص تهمنا النهاية.

غير أننا يجب أن نهتم أيضا بألا تُهمل النفس المختبِرة، فليست قمة الخبرة ونهايتها هما وحدهما ما يهم، فتفضيل النفس المتذكرة للسرور المركَز على السعادة الثابتة لا يدل على حكمة النفس المتذكرة في كل حال.

يقول كانيمان عن هذا: «هناك تناقض صممت عقولنا بحيث تنطوي عليه: إن لنا تفضيلا شديدا للمدد الزمنية التي تستغرقها خبرات الألم والسرور؛ إذ إننا نريد لمدة الألم أن تقصر ولمدة السرور أن تطول. لكن ذاكرتنا تعمل بحيث تستعرض أكثر لحظات الألم تركيزا (القمة) والمشاعر المصاحبة لنهاية مدة الألم. وهذه الذاكرة التي تهمل المدد الزمنية لن تخدم تفضيلنا للسرور طويل الأمد والألم قصير الأمد»[3].

فمادام وقتنا محدودا، ومادمنا على غير يقين بالكيفية التي سندعم بها أولوياتنا، فإننا مضطرون إلى أن نتعامل مع حقيقة أن كلتا النفسين، النفس المختبِرة والنفس المتذكرة، لها قيمتها. فنحن لا نريد أن نعاني الألم الطويل ولا أن يكون سرورنا قصيرا، ولكن أوقات السرور المضمونة تجعل مواجهة المعاناة مقبولة. فقمة المشاعر لها قيمة، وكذلك نهايات الخبرة.

لم تكن جويل دوغلاس تعلم ما إذا كانت ترغب في مواجهة المعاناة التي قد تصيبها من خلال الجراحة، وخافت من أن يؤدي خضوعها إلى الجراحة إلى وضع أسوأ. لهذا قالت: «لا أريد أن أعرّض نفسي لاحتمالات تنطوي على الخطر». وأدركت من خلال ذلك أنها تعني أنها لا تريد الدخول في مقامرة عالية المغامرة حول ما ستؤول إليه قصتها. ومع ذلك فقد كان لايزال هناك كثير مما تأمله، مهما بدا هذا المأمول من شؤون الحياة اليومية العادية. ففي ذلك الأسبوع نفسه ذهبت إلى الكنيسة، وساقت سيارتها إلى السوبر ماركت، وأعدت عشاء للعائلة، وشاهدت عرضا تلفزيونيا مع زوجها آرثر، ودعت حفيدها إلى زيارتها لتقديم نصيحة، وهيأت ترتيبات لحفلات الزواج مع أقرب صديقاتها إليها. فإذا استطاعت جويل أن تفعل

ولو بعض هذه الأمور التي خططت لها – أي إذا استطاعت أن تحرر نفسها مما كان الورم يفعله بها حتى تستمتع ولو ببعض الخبرات مع الناس الذين أحبتهم – فإنها ستكون مستعدة لأن تعاني الكثير مقابل ذلك. لم تكن تريد من جهة أخرى أن تغامر بالتعرض لنتيجة هي أسوأ حتى من الحالة التي عانتها في أمعائها عندما سُدت تمام السد، وحينما امتلأ بطنها بالسوائل وكأنها صنبور ينقّط. لم يبد أمامها حل لتجاوز ما تعانيه، ولكننا حينما جلسنا في غرفتها في المستشفى في صباح يوم السبت وأخذنا بالحديث، وأسرتها من حولها، وغرفة العمليات تنتظر في الطابق الأسفل، أدركتُ أنها تدلي إليّ بكل ما يجب أن أعرفه.

قلت لها إننا يجب أن نمضي في الجراحة، ولكن في ضوء التعليمات التي أفصحت عنها من فوري؛ فإن ما سأفعله هو بذل ما لدي من جهد لأمكنها من العودة إلى بيتها وإلى أسرتها، من دون أن أخطو خطوات تنطوي على المخاطرة. سأستخدم «منظار جوف البطن» (laparoscope) الصغير، وسأنتبه إلى كل الظروف المحيطة، وسأحاول ألا أفتح أمعاءها إلا إذا ظهر لي أنني أفعل هذا من دون مواجهة صعوبات، فإذا بدا هذا صعبا وينطوي على مخاطر، فإنني لن أزيد على تركيب أنابيب لتصرِّف سوائل الاختناقات في مسالك جسمها. ما عزمت على فعله قد يبدو تناقضا في العبارات: عملية تلطيفية، عملية تتمثل أولويتها في الاقتصار على فعل ما قد يشعرها بتحسن فوري، مهما ترتب عليها من صعوبات ومخاطر.

بقيت جويل صامتة، مستغرقة في التفكير.

أمسكت ابنتها بيدها وقالت: «لا بد من أن نفعل هذا يا أُمي».

وأجابت جويل دوغلاس: «حسنا، ولكن من دون خطوات تنطوي على الخطر».

وقلت: «نعم، من دون خطوات تنطوي على الخطر».

وفي غرفة العمليات، وبعد أن أخذ التخدير مفعوله، عملت شقّا بطول نصف بوصة فوق سرتها، فتدفق منه سائل رقيق مشوب بالدم. وضعت إصبعي – بعد أن ارتديت القفاز - من خلال الشق باحثا عن مكان مناسب لإدخال المنظار البصرياتي الأليافي (Fiber optic Scope)، ولكني وجدت أن الطريق يسده مِعًى صلب من الأمعاء المحشوة بالأورام، فحتى الكاميرا لن أتمكن من إدخالها. لهذا أمرت الطبيب المقيم بأن يمسك بالمبضع ويمد الشق إلى الأعلى حتى أصبح يسمح بالنظر المباشر

داخله، وحتى أمكن لليد أن تعبر خلاله. رأيت في أسفل الفتحة معًى طليقا من الأمعاء المتضخمة - معًى يبدو كأنه أنبوبٌ داخلي زهري اللون شديد الانتفاخ - وشعرت بأن بالإمكان أن نجذبه إلى سطح الجلد ونصنع منه وصلة خارجية حتى تستطيع جويل أن تأكل ثانية، ولكن هذا المِعًى بقي مربوطا بالورم، وشعرت ونحن نحاول أن نفصله عن بقية الأمعاء أن من الواضح أننا نغامر بصنع خروق لن نستطيع تصليحها أبدا بعد ذلك، فإذا حدث تسرب إلى داخل البطن فإن هذا سيكون كارثة. لهذا توقفنا، فقد كانت الأهداف التي وضعتها لنا واضحة: لقد أوضحت أنه ليس لنا أن نعرضها لمخاطر. لهذا بدلنا خطتنا وركبنا أنبوبتين طويلتين من البلاستيك للتفريغ. أدخلنا إحدى هاتين الأنبوبتين إلى معدتها مباشرة لتفريغ المحتويات المجمعة فيها؛ وركّبنا الأنبوبة الأخرى في تجويف البطن المفتوح لتفريغ السائل الخارج من القناة الهضمية. وبعد هذا أغلقنا ما فتحناه وأنهينا عملنا.

أخبرت أسرتها بأننا لم نستطع أن نساعدها على أن تستعيد القدرة على الأكل، وكذلك أخبرت جويل دوغلاس بذلك بعد أن صحت من التخدير. امتلأت عينا ابنتها بالدموع، بينما شكرَنا زوجُها لمحاولتنا، وحاولت جويل أن تُبدي شجاعةً لمواجهة ما حدث.

ثم قالت: «على كل حال لم أكن في حياتي مغرمة بالطعام».

أفادت الأنابيب في تخفيف الغثيان وألم البطن جدا، إلى حد أنها قالت: «خف الغثيان والألم بنسبة 90 في المائة». وعلّمتها الممرضات كيف يمكنها فتح الأنبوب المعوي لتفريغه في كيس حينما تشعر بالانزعاج، وأن تفرغ الأنبوب البطني حينما تشعر بأن الضغط داخل بطنها قد ازداد جدا. أخبرناها أن بإمكانها أن تشرب ما تريد، وأن بإمكانها أيضا تناول الأطعمة اللينة لتستمتع بطعمها. وبعد الجراحة بثلاثة أيام عادت إلى بيتها مع الاشتراك بنظام الهوسبيس للعناية بها. قابلها قبل المغادرة طبيب الأورام وممرضة الأورام الممارسة، وسألتهما جويل دوغلاس عن القدر الذي قد بقي لها من عمرها وفق تقديرهما.

وحينما وصفت لي هذه المقابلة قالت: «اغرورقت أعين كليهما بالدموع، وكانت الدموع كافية لتعطيني الجواب».

بعد بضعة أيام من مغادرة جويل دوغلاس المستشفى، استأذنتها واستأذنت أسرتها في زيارتهم في بيتهم وأنا خارج من عملي. وكان مَن فتح الباب لي جويل

نفسها، تلبس ثوبا منزليا فضفاضا يغطي الأنابيب، واعتذرت عن مظهرها. جلسنا في غرفة المعيشة، وسألتها كيف حالها.

قالت في جوابها إن وضعها طيب، ثم أضافت: «أعتقد أن لدي إحساسا بأنني أنتهي وأنتهي وأنتهي»، ولكنها الآن مستمتعة برؤية أصدقائها القدماء والأقارب طوال اليوم، وهي سعيدة بهذا. وأضافت: «هذا في الحقيقة أروع ما في الحياة بالنسبة إليّ، ولهذا أحاول أن أستغل الوقت في عمل هذا». ينظم أهلها الزيارات بشكل متعاقب حتى لا تصبح مرهِقة بالنسبة إليها.

وقالت إنها لا تحب كل هذه القطع الغريبة الخارجة من جسمها، فالأنابيب مزعجة في الفتحات التي تخرج من جسمها. وقالت في شرحها لذلك: «لم أكن أعلم أن هذا سيسبب ضغطا دائما»، ولكنها بمجرد أن جربت فتح أنبوبة، ورأت أن ذلك خلصها من الغثيان نظرت إلى الأنبوبة - كما أخبرتني - وقالت: «شكرا لأنكِ هنا».

لم تكن تأخذ من أجل الألم إلا حبوب تايلنول، فلم تكن تأخذ الأدوية المخدرة لأنها كما قالت تجعلها ناعسة وضعيفة، وهذا لا يتوافق مع رغبتها في لقاء الناس. وقالت: «لعلي أربك العاملين في الهوسبيس لأني قلت مرة: «لا أريد أن أواجه أي معاناة. اجلبوه لي!»» – وهي تعني المخدر – «ولكني لم ألتزم بما طلبته بعد».

كان أغلب ما تحدثنا به هو ذكريات من حياتها، وهي ذكريات طيبة. وقالت إن علاقتها مع الله مطمئنة. حينما غادرتها شعرت بأننا، على الأقل هذه المرة، فعلنا الشيء الصحيح. لم تكن قصة جويل دوغلاس تشارف على الانتهاء بطريقة سبق لها أن تصورتها من قبل، ولكنها كانت مع ذلك تشارف على الانتهاء وجويل قادرة على فعل ما اختارت هي أن تفعله لأنه كان ذا معنى في نظرها أكثر من أي شيء آخر.

بعد أسبوعين تلقيت من ابنتها سوزان هذه الرسالة: «توفيت والدتي في صباح يوم الجمعة. لقد انسابت نحو النوم بهدوء، والتقطت آخر أنفاسها. لقد كانت وفاتها هادئة تماما، وكان والدي وحده بجانبها بينما كان بقيتنا في غرفة المعيشة. يا لها من نهاية مثالية تليق بعلاقة والدي ووالدتي».

يمنعني مقدار من الحذر من اقتراح فكرة أن نهاية الإنسان يمكن أن تصبح تحت إرادتنا. فالإنسان، أي إنسان، ليست لديه في الحقيقة سيطرة على ذلك. فالفيزياء والبيولوجيا والأحداث هي تحدد في نهاية المطاف ما يحصل لحياتنا. ولكن علينا

أن نضيف أيضا أننا من جهة أخرى لسنا عاجزين، ومن الشجاعة أن نلاحظ كلتا الحقيقتين. فهناك مجال لنا لأن نتصرف، أن نصوغ قصصنا بأنفسنا، هذا مع أنه يحدث بمرور الوقت أن مجالنا لصياغة قصصنا يصبح أضيق فأضيق. حينما نتأمل هذا نستخلص بعض النتائج: إن من أشد جوانب فشلنا قسوة حينما نتعامل مع المرضى والمسنين هو الفشل في ملاحظة أن لهم أولويات تتجاوز مجرد كونهم في أمان وأن تكون حياتهم أطول؛ وأن فرصة صياغة المرء قصتَه شيء أساسي للإبقاء على معنى للحياة؛ وأن لدينا فرصة في أن نعيد تصميم مؤسساتنا وثقافتنا وحديثنا بطريقة تُحدث تغييرا في احتمالات الفصول الأخيرة في حياة كل إنسان.

سيواجهنا هنا سؤال لا مفر منه، وهو كم يجب أن تمتد هذه الاحتمالات في آخر مرحلة من الحياة، بمعنى: هل منطق الحفاظ على تحكم الأفراد في حياتهم وقراراتهم يقتضي مساعدتهم على تعجيل نهايتهم إذا رغبوا في تلك النهاية. بدأت تنتشر عبارة «المساعدة على الانتحار» (Assisted Suicide) للتعبير عن هذا الوضع، مع أن من يناصرون هذا القرار يفضلون العبارة المُلطفة: «الموت بكرامة» (Death With Dignity). إن من الواضح أننا صرنا فعلا نقر بهذا الحق إلى حد ما حينما صرنا نسمح للناس بأن يرفضوا تناول الطعام أو الماء أو الدواء والعلاجات، على الرغم من أن العمل الطبي يعارض مثل هذه التصرفات. نحن نسرّع وفاة الشخص كلما قطعنا عنه جهاز التنفس الصناعي أو تجهيزات الإطعام الصناعي. وها هم أطباء القلب يقبلون الآن، وبعد ترددهم السابق، أن للمرضى الحق في أن يطلبوا من الطبيب أن يطفئ «منظم ضربات القلب» (pacemaker) إن رغبوا في ذلك[4]. صرنا أيضا نقر بضرورة السماح بجرعات من المواد المخدرة والمسكنات التي تقلل الألم والانزعاج حتى إذا كانت تعجل الموت ونحن نعلم ذلك. فكل ما يطلبه أنصار هذا التوجه تمكين البشر ذوي المعاناة من الحصول على وصفة طبية للنوع نفسه من الأدوية، ولكن هذه المرة يكون ذلك من أجل تعجيل وفاتهم. إننا نتجه إلى أن نقاوم صعوبة الإبقاء على التفريق الفلسفي الواضح بين إعطاء الناس الحق في إيقاف العمليات الخارجية أو الاصطناعية التي قد تطيل حياتهم، وإعطائهم الحق في إيقاف العمليات الطبيعية الداخلية التي قد تطيل حياتهم كذلك.

لو نبشنا جذور الموضوع فسنجد الجدال يدور حول الأخطاء التي نخافها أكثر من غيرها: خطأ تطويل العناء أو خطأ تقصير الحياة التي لها معنى. فنحن نمنع الفرد السليم من اقتراف الانتحار لأننا نعي أن المعاناة النفسية شيء مؤقت غالبا، ونحن نعتقد أنه بوجود المساعدة، فإن النفس المتذكرة سترى الأمور بشكل يختلف عما تراها به النفس المختبِرة؛ وفعلا إننا نجد أن أقلية من الناس فقط من الذين جرى إنقاذهم من الانتحار يكررون المحاولة[5]؛ بينما نجد أن أكثريتهم يصرحون فيما بعد بسعادتهم بأنهم أحياء. ولكن الأمر يختلف بالنسبة إلى من هم مصابون بمرض يُعرف بأنه ينتهي بوفاتهم، فهؤلاء يعانون آلاما نحن نعلم أنه مقدر لها أن تبقى في تزايد حتى النهاية، فمثل هؤلاء لا يمكن لمن له قلب إلا أن يشعر بالتعاطف معهم.

لكنني أضيف، بعد أن قلت ما قلت، أنني أخشى ما يمكن أن يحدث حينما نوسع سلطة الطب لتشمل مساعدة الناس فعلا لينهوا حياتهم. وقلقي بشأن إساءة استخدام تلك السلطة أقل من قلقي بشأن الاعتماد عليها؛ فنحن نجد أنصار الإقدام على هذه الخطوات لإنهاء الحياة يصوغون إجراءات تلك السلطة بصرامة بحيث يمتنع حدوث الأخطاء والإساءة في استخدامها، فأنت تجد أن الإذن للطبيب بكتابة وصفة قاتلة[6] – كما هي الحال في بلاد مثل هولندا وبلجيكا وسويسرا، وفي ولايات مثل أوريغون وواشنطن وفيرمونت – متاح فقط حينما يكون المريض راشدا، وقد ثبت أن مرضه ينتهي بوفاته، وأن مرضه يسبب معاناة لا تحتمل، وأن المريض يلحّ على طلب إنهاء حياته على فترات متباعدة، وأنه قد ثبت أنه لا يطلب هذا بناء على الاكتئاب أو أي مرض نفسي، وأن القرار بإتاحة إنهاء الحياة يدعمه رأي طبي آخر يؤكد أن الحالة تنطبق عليها هذه المعايير. ولكن يبقى تقرير كيفية تطبيق هذه السلطة محكوما على الدوام بالثقافة الأوسع والتي ينتمي إليها المجتمع الطبي، ففي هولندا مثلا ظل هذا النظام قائما مدة عقود، ولم يواجه أي معارضة تذكر، وتوسع استخدامه بشكل ملحوظ. ولكن لا يجوز اعتبار حقيقة أنه بحلول العام 2012 كان واحد من كل خمسة وثلاثين هولنديا يطلب الانتحار المدعوم طبيا حين يقترب موعد موته[7]، مقياسا لنجاح هذا النظام، بل إنها في الواقع مقياس لفشله. فهدفنا النهائي هو في الواقع ليس الموت السلس، بل استمرار الحياة المقبولة إلى

النهاية. لقد كان الهولنديون أبطأ من غيرهم في تطوير برامج العناية التلطيفية التي تحقق مثل تلك العناية[8]، وربما يكون أحد أسباب هذا البطء هو أن الموت المدعوم طبيا قد كرّس الاعتقاد بأن تخفيض المعاناة وتحسين نوعية الحياة من خلال وسائل أخرى غير ممكنين بالنسبة إلى من بلغ بهم الوهن أو المرض مبلغا عظيما.

لا شك في أن المعاناة في نهاية العمر أمر لا مفر منه أحيانا، وقد تصل إلى مستوى لا يطاق، وقد يكون من الضروري مساعدة الناس للتغلب على شقائهم. ولو سنحت لي الفرصة لكنت دعمت القوانين اللازمة لتوفير أمثال تلك الوصفات للناس، مع أن نحو نصف الناس لا يستخدمون مثل تلك الوصفات[9]، فكل ما يبغونه هو الشعور بأنه يمكنهم التحكم في الأمور حينما يحتاجون إلى ذلك. ولكننا نلحق الضرر بمجتمعات كاملة حينما تَصرِفُنا إتاحةُ ذلك الخيار عن تحسين حياة المرضى. فدعم الحياة أصعب بكثير من دعم الموت طبيا، ولكن ما يوفره دعم الحياة من احتمالات أعظم بكثير أيضا.

قد يصعب على من هم في براثن الشقاء والمعاناة أن يلاحظوا هذا. تلقيتُ في أحد الأيام مكالمة من زوج بيغ باتشيلدر، وهي معلمة البيانو لابنتي هنتر. قال الزوج مارتن: «إن بيغ في المستشفى».

كنت أعلم أن بيغ لديها مشكلات صحية ثقيلة، فقد بدأت منذ عامين ونصف العام تعاني ألما في وركها اليمنى، وشُخِّصت حالتها خطأً لمدة نحو عام على أنها التهاب مفاصل. ووصل الأمر بأحد الأطباء حينما ازدادت حالتها سوءا إلى أن طلب منها أن تزور طبيبا نفسيا، وأعطاها كتابا حول «كيف تتجاوز ألمك». ولكن التصوير أظهر أخيرا أن لديها خمس بوصات من ساركوما (Sarcoma)، وهو سرطان نادر يصيب النُّسُج الرخوة، وقد امتد على طول الحوض وسبب تجلطا كبيرا للدم في رجلها. وشملت معالجتها المعالجة الكيماوية، والأشعة، والجراحة الرئيسية لاستئصال ثلث حوضها، والتعويض عنه ببديل معدني. كان العام بالنسبة إليها عاما في الجحيم. لقد أُدخِلت المستشفى وبقيت فيه شهورا لمعالجة المضاعفات. كانت تحب ركوب الدراجة واليوغا وتمشية كلبها المنتمي إلى فصيلة شيتلاند شيبدوغ (Shetland Sheepdog) الذي تملكه برفقة زوجها، وعزف الموسيقى، وكانت تحب طلابها وتحب تعليمهم. وقد اضطرها المرض إلى التخلي عن كل ذلك.

لكن بيغ تعافت في النهاية، واستطاعت أن تعود إلى التعليم. وكانت تحتاج لسيرها إلى عكازات كندية (Canadian Crutches) - النوع الذي له كم يلف الساعد - ولكنها حافظت على رغم هذه الإعاقة على شخصيتها الأنيقة، وعادت في فترة قصيرة إلى جدول كامل من تعليم الطلاب. كان عمرها اثنتين وستين سنة، طويلة القامة، تلبس نظارات واسعة دائرية، شعرها كستنائي قصير وكثيف، وطريقتها في التعامل لطيفة محببة، مما جعلها معلمة ذات شعبية هائلة، وحينما كانت ابنتي تكافح لتعلم نغم ما أو طريقة ما، لم يبد على بيغ أي نوع من العجلة. بل كانت تدفع ابنتي هنتر إلى تلك التجربة ثم إلى تلك التجربة، وحينما تتأكد من أن هنتر أتقنت الصوت المطلوب أو الطريقة المطلوبة، فإنها تتمتم بعبارات تنم عن سعادتها الحقيقية، وينتهي الأمر باحتضان الفتاة وضمها بشدة.

وحينما أعيدت بيغ إلى المستشفى بعد عام ونصف العام، وجد أن لديها إصابة خبيثة تشبه اللوكيميا بسبب المعالجة بالأشعة. ورجعت لتلقي المعالجة الكيماوية، ولكنها بقيت بشكل ما تستمر في التدريس في أثناء هذه المعالجة، وكنا نلاحظ أنها تحتاج إلى تغيير موعد درسها لابنتي هنتر مرة كل عدة أسابيع، وكنا نحتاج إلى أن نفسر معنى هذا التغيير لهنتر، فلم يكن عمرها في ذلك الوقت إلا ثلاثة عشر عاما. غير أن بيغ كانت تجد دوما طريقا للاستمرار في عملها.

ثم أجّلت الدرس مرة مدة أسبوعين متتاليين، وجاءتني وقتها مكالمة زوجها مارتن التي أشرت إليها سابقا. كان يتصل من المستشفى نفسه، وقال إن بيغ أُدخِلت إلى المستشفى منذ عدة أيام. فعّل مكبر الصوت في هاتفه الخلوي حتى تشارك بيغ في الحديث. كان صوتها ضعيفا – وكانت تصمت فترة طويلة قبل أن تتكلم – لكن صوتها كان واضحا وهي تصف الحالة. قالت إن معالجة اللوكيميا لم تعد تنفع منذ عدة أسابيع، وهكذا أصيبت بمرض جرثومي وبالحمى بسبب تراجع نظام المناعة لديها. وكذلك أظهر التصوير عودة السرطان الأصلي لديها إلى وركها وكبدها، وبدأ المرض العائد يسبب ألما في الورك يمنعها من الحركة. وحينما وصل المرض بها إلى إفقادها السيطرة على التبول، شعرت بأن هذه هي القشة التي قصمت ظهرها، ولهذا قررت دخول المستشفى عند هذه المرحلة، ولم تعد تعرف ماذا تفعل.

سألتها ما رأي الأطباء فيما يمكن عمله.

وأجابت: «ليس لديهم الكثير مما يقترحونه». وكان صوتها عديم التحمس، عديم الأمل تماما. لقد باشر الأطباء إعطاءها الدم، وأدوية لإيقاف الألم، وأدوية ستيرويد لتسكين الحمى المرافقة للورم، وتوقفوا عن إعطائها المعالجة الكيماوية.

سألتها عند ذلك كيف تفهم حالتها.

وقالت بيغ إنها تعلم أنها ستموت، وأن الأطباء لا يملكون أن يعملوا شيئا آخر، وكان صوتها عند ذلك ينم عن مقدار من الغضب.

وسألتها عند ذلك عن أهدافها، فلم تستطع التفكير بهدف يمكن تحقيقه، لكني عندما سألتها عن مخاوفها بشأن المستقبل، دخلت في سرد مطول: مواجهة اشتداد الألم، الخزي الذي قد تتعرض له بفقدان أكثر للسيطرة على عمليات جسمها (مشيرة إلى ما حدث من سلسل للبول)، مما يمنعها من مغادرة المستشفى. كانت تغص بكلامها وهي تحدثني. وأضافت إنها قد مرت عليها أيام في المستشفى لم تزدد حالتها فيها إلا ترديا، وهي تخشى أنه لم يبقَ في حياتها الكثير. وسألتُها إذا كانوا قد عرضوا عليها خدمات الهوسبيس، فقالت إنهم فعلوا ذلك، ولكنها لا ترى كيف سيفيدها هذا الحل.

هناك من يرى أنه في وضع مثل وضع بيغ يكون «الموت بكرامة» هو الحل الوحيد الذي يمتلكه المرء حينما لا تبقى خيارات أخرى تلوح للعيان. أما أنا وزوجها مارتن فقد أقنعنا بيغ بقبول حل الهوسبيس، فهذا الحل كما قلت لها سوف يوفر لها على الأقل أن تكون في بيتها، وقد يكون فيه من المساعدة فوق ما تتصور الآن. شرحت لها أن الغاية من الهوسبيس، نظريا على الأقل، أن تساعد الناس في أن يقضوا أيامهم على أفضل ما يختارونه هم، ضمن الظروف المتاحة بالطبع. وأضفت إنه قد يبدو أنه مرت فترة لا بأس بها منذ تمتعت بيوم سار.

وعلقت هي: «نعم إنها فترة طويلة.. طويلة حقا!»

ولهذا قلت إن الأمل في يوم جميل حقا، ولو كان يوما واحدا، أمل له قيمة.

وهكذا عادت بيغ إلى بيتها في غضون ثمانٍ وأربعين ساعة مع نظام الهوسبيس، وأخبرنا هنتر أن بيغ لن تستطيع بعد الآن إعطاءها الدروس، وأنها تنتظر الموت. كانت صدمة لهنتر جعلت نفسيتها في الحضيض، فقد كانت متيمة ببيغ. وسألتْ هنتر إذا كان بإمكانها أن ترى بيغ ولو مرة واحدة، واضطررنا إلى أن نخبرها بأننا لا نعتقد أن هذا ممكن.

غير أننا فوجئنا بعد ذلك بأيام بمكالمة غير متوقعة، فقد كان المتصل بيغ نفسها، وقد اتصلت لتقول إنه إذا لم يكن هناك مانع عند هنتر فسوف تستأنف دروسها. وأضافت أنها ستتفهم إذا كانت هنتر لا تريد المجيء لمتابعة الدراسة، لأنها حقا لا تعلم كم من الدروس تستطيع إعطاءها، غير أنها ترغب في المحاولة.

لم أكن أتصور أبدا أن إدارة الهوسبيس سوف يهيئون لها الظروف لتعود إلى التدريس، وهو بالتأكيد أكثر مما كانت هي تتصوره كذلك. ولكن حينما جاءت ممرضة الهوسبيس ديبورا للتحدث إلى بيغ، سألتها ديبورا ما الذي يهمها في حياتها أكثر من أي شيء آخر، وما الذي يعنيه قضاء أجمل يوم بالنسبة إليها حقا. وبدأت الممرضة وبيغ بعد ذلك تعملان معا على تحقيق هذا اليوم الجميل.

كان هدف بيغ في البداية مجرد التغلب على صعوباتها اليومية. فقد وضع فريق الهوسبيس لها سريرا في الطابق الأول حتى لا تحتاج إلى أن تكابد الصعود على الدرج. ووضعوا مبولة سهلة الحمل بجانب السرير، وهيأوا لبيغ من يساعدها في الاغتسال واللبس، وأعطوها مورفين وغابابنتين (Gabapentin) وأوكسيكودون (Oxycodone) للتخلص من ألمها، ووجدوا أن ميثيلفينيديت يساعد في التغلب على الخدر الذي تسببه إجراءاتهم الأخرى.

انخفض قلق بيغ كثيرا بعد أن أمكن التغلب على صعوباتها، ولهذا رفعت مطالبها. وكما قال زوجها مارتن فيما بعد: «صار نظرها مركزا على فرصتها الكبرى، فقد اتضح لنظرها الآن كيف تريد أن تعيش ما بقي لها من أيام: ستبقى في البيت، وستبقى تدرس». لكن إعطاء كل درس كان يحتاج مقدارا ضخما من التخطيط. وعلمتها ديبورا كيف تعاير أدويتها، وقال مارتن وهو يتذكر ذلك: «كانت تأخذ مقدارا إضافيا من المورفين قبل أن تبدأ التدريس، ولكن المهم أن تكون الكمية كافية لتعطيها الراحة الكافية للتدريس، على ألا تزيد الكمية بحيث تسبب التشويش العقلي». ولكن مارتن أضاف: «ومع ذلك كانت تنبعث فيها الحياة وهي في طريقها لإعطاء الدرس، وفيما يلي الدرس من أيام». وبما أن بيغ لم يكن لها أبناء وبنات فإن التلاميذ كانوا يملأون ذلك الفراغ الذي يملأه الأطفال. وكانت هناك رسائل تريد أن توصلها إلى تلاميذها قبل أن تغادر الحياة. وقال مارتن: «كان من المهم بالنسبة إليها أن تودِّع أحب أصدقائها، وتقدم آخر نصائحها لطلابها».

عاشت بيغ ستة أسابيع كاملة بعد تطبيق نظام الهوسبيس، وتلقت هنتر دروسا على مدى أربعة أسابيع من تلك الأسابيع الستة، ثم أحييت حفلتان موسيقيتان وداعيتان. ففي إحداهما كان المشاركون طلاب بيغ القدماء، وهم عازفون ناضجون، موزعون على مدى البلاد، والحفلة الأخرى كان الأداء فيها لطلابها الحاليين، وكلهم طلاب في المدارس المتوسطة والمدارس الثانوية. تجمع الطلاب في غرفة المعيشة في بيت بيغ، وعزفوا ألحانا لبرامز Brahms ودفوراك Dvořák وتشوبان وبيتهوفن لمعلمتهم الحبيبة.

ينسى مجتمع التقنية ما يسميه المتخصصون «دور المحتضَر» «The Dying Role»[10]، وأهمية ذلك للأفراد الذين يقتربون من خط نهاية الحياة. فأولئك الأفراد يريدون أن ينقلوا إلى أحبابهم ذكرياتهم، وأن ينقلوا إليهم ما لديهم من حكمة وأن يتركوا وراءهم ما يذكِّر الآخرين بهم، وأن يعطوا العلاقات صيغتها المرضية، وأن يضعوا تراثهم في وضع مستقر، وأن يتصالحوا مع ربهم، وأن يتأكدوا أن من وراءهم سوف يكونون في وضع طيب. إنهم يرغبون في أن يُنهوا قصتهم وفق شروطهم هم. ويلاحظ المراقبون لهذه المرحلة أن أداء هذا الدور الذي فصلناه الآن هو من أهم أدوار الحياة، سواء بالنسبة إلى الناس الذين يصيبهم الموت أو إلى الأفراد الذين يبقون من بعدهم. فإذا كان الأمر كذلك، فإن حرماننا أي فرد من هذا الدور، بسبب قلة شعورنا وإهمالنا، شيء مُعيب يجب أن يشعرنا بالخجل من أنفسنا على الدوام. فنحن في عالم الطب نحدث جروحا بالغة للناس في آخر حياتهم، ثم ننفض أيدينا منهم من دون أن ندرك ما أحدثناه من ضرر.

لقد نجحت بيغ في أداء «دور المحتضر» قبل وفاتها، فقد بقيت تنجز ما تريد من مهمات تختم بها حياتها، وبقيت على ذلك إلى ثلاثة أيام قبل النهاية، وذلك حينما سقطت فريسةً لهذيان الحمى، وأخذت تتردد بين الوعي واللاوعي.

كان آخر ما أتذكره عنها هو أواخر تدريبها الأخير لهنتر. لقد اختارت هنتر من بين الحشد، وأعطتها كتابا في الموسيقى طلبت منها الاحتفاظ به، ثم وضعت يدها حول كتفها.

وهمست في أذنها: «أنت بالنسبة إليّ ذات أهمية خاصة». كان هذا شيئا تريد من هنتر ألا تنساه على الإطلاق.

***

حان الوقت أخيرا لأن تنتهي قصة والدي كما انتهت قصص غيره. ومع كل ما عملنا من استعداد، وكل ما ظننت أني تعلمته، لم نكن مستعدين للنهاية. كان والدي منذ أصبح يعيش بنظام الهوسبيس في أوائل الربيع قد وصل إلى ما بدا أنه استقرار قابل للعيش به، وذلك على الرغم مما فيه من عيوب. لقد تمكن والدي من الحفاظ على أسابيع من الأيام الناجحة، وذلك بفضل تفاني والدتي، ومساعدة مختلف الأفراد الذين استطاعت والدتي أن تقنعهم بمد يد العون، وبفضل إرادة والدي الحديدية.

لا يعني هذا أن تلك الأيام كانت تمر من دون ألوان من المعاناة والمهانة، فقد كان يحتاج إلى حقنة شرجية كل يوم، وكان يفرغ أمعاءه على السرير، وكان يتناول أدوية لتخفيف الألم، ويصف تلك الأدوية بأنها تجعله «مشوش الذهن» و«ضبابي الذهن» و«ثقيل الذهن»، وهو يكره هذا كله إلى حد بعيد. كان يكره أن يعطى أدوية مسكنة تثبط وعيه، فهو يريد أن يرى الناس وأن يتواصل معهم. غير أن الألم كان في الحقيقة أشد بكثير من أن يُحْتَمل بمثل هذه الشكوى، فمجرد تخفيفه جرعات أدويته كان يرمي به في درجات قاسية من الصداع وأنواع من الألم الواخز الذي ينتقل كالبرق على طول رقبته وظهره. فحينما تأتي موجة الألم المذكور فإنه يسيطر على عالمه كله. كان والدي يعبث على الدوام بجرعات الدواء المعطاة له، محاولا أن يجد المزيج الذي يريحه من الألم ويريحه في الوقت نفسه من التشويش في ذهنه؛ أي أن يشعر بأنه في وضع سوي طبيعي، كما كان قبل أن يحصل هذا الانهيار في جسمه. ولكن الوصول إلى حالة سوية كان خارج المنال، مهما نوَّع وعدَّل في الجرعات.

كان من الممكن الوصول إلى حالة مقبولة فقط بدلا من ذلك. بقي والدي في أثناء الربيع وأوائل الصيف يقيم حفلات عشاء، يجلس على رأس الطاولة ويدير الحفلة. وكان يضع الخطط للبناء الجديد للكلية التي كان قد أقامها في الهند، وكان يرسل أكثر من عشر رسائل عبر البريد الإلكتروني في اليوم الواحد، على الرغم من صعوبة السيطرة على يديه الضعيفتين في تلك المرحلة. كان يشاهد مع والدتي فيلما كل ليلة تقريبا، ويصفقان معا لنوفاك جوكوفيتش Novak Djokovic في منافسته لمدة أسبوعين على كأس ويمبلدون Wimbledon(*). وتعرف على الشاب الذي

(*) بطولة مرموقة لرياضة كرة المضرب وتُعد أعرق البطولات العالمية في اللعبة، وتقام سنويا في ضاحية ويمبلدون جنوب غرب العاصمة البريطانية لندن. [المترجم].

شعرت أختي بأنه «الشخص المناسب» – والذي تزوجته فعلا فيما بعد – وكانت سعادة والدي غامرة من أجل أختي. ففي كل يوم كان والدي يجد لحظات تستحق أن يحيا من أجلها. وبعد أن طالت أسابيع الأمل حتى أصبحت شهورا، بدا له أنه يستطيع أن يحيا بهذا الشكل فترة طويلة.

حينما ننظر إلى الأمر من زاوية الحاضر، يظهر للمرء أنه كانت هناك مؤشرات إلى أن أيامه لم تكن تمضي بعيدا عن الهبوط في سلم المرض، فوزنه كان يتناقص باستمرار، وكانت جرعات الأدوية التي يحتاج إليها للتغلب على الألم تتزايد باستمرار. وفي أول يومين من شهر أغسطس تلقيت عبر البريد الإلكتروني سلسلة من الرسائل المشوشة التي لا تُفهم، تبدأ إحداها بهذا الشكل: «عزيزي أتولي هو هير نيد لاي 9 كي سود»، وأما الأخير ففيه:

«عزيزي أتول...

آسف على رسائليي المشووشهة، فأنا لست على ما يرام.

إليك حبي.

والدك».

وحينما اتصلتُ بوالدي بالهاتف، كان كلامه أبطأ من العادة، وكان يتوقف وقفات طويلة بين كل جملة وجملة. وبيَّن أنه يشعر أحيانا بأنه مشوش الذهن، وأنه يواجه صعوبة في التواصل. وحينما يرسل تلك الرسائل فهو لا يشعر بأنها - وفقا لقوله - ذات مغزى، هذا مع أنها تبدو ذات مغزى حينما يكتبها. إنه يشعر بأن عالمه يضيق وينغلق.

وفي الساعة الثامنة صباحا من يوم السبت، السادس من أغسطس، اتصلت والدتي، ولهجتها تدل على الخوف. قالت والدتي: «إنه لا يستيقظ». وقالت إنه يتنفس ولكنه لا يستيقظ، وشعرنا بأن السبب هو الأدوية، فقد أصر في الليلة السابقة، كما قالت والدتي، على أخذ حبة كاملة من بوبرينورفين Buprenorphine، وهي حبة مخدرة، بدلا من نصف حبة كما كانت العادة. كانت قد جادلتْه لمنعه من أخذها، ولكنه غضب، لأنه يريد إيقاف الألم كما قال. وهكذا فهو الآن لا يستيقظ. ولاحظت والدتي بعينها الطبية شدة الانقباض في بؤبؤ عينيه، وهذه علامة على جرعة زائدة من مادة مخدرة. لهذا قررنا أن ننتظر حتى تنقضي فترة كافية لكي يزول أثر الدواء.

اتصلت والدتي مرة أخرى بعد ثلاث ساعات، وقالت إنها استدعت سيارة الإسعاف، وليس وكيل الهوسبيس، ثم أضافت: «إن لونه يزرق يا أتول». كانت تكلمني من غرفة الطوارئ في المستشفى، وقالت: «إن ضغط الدم لديه خمسون، ولم يصحُ حتى الآن، والأكسجين لديه قليل». أعطاه الطاقم الطبي نالوكسون Naloxone، وهو عامل مضاد للتخدير، والمفروض أن هذا سيخرجه من إغمائه إذا كان سبب الإغماء جرعة زائدة من المخدر. ولكنه لم يستجب لهذا الدواء. أظهر تصوير الأشعة السينية الساكن للصدر وجود ذات الرئة في رئته اليمنى، ووضعوا له كمام الأكسجين بقوة 100 في المائة، وأعطوه مضادات حيوية وسوائل. لكن الأكسجين لم يرتفع لديه إلى أعلى من 70 في المائة، وهذا مستوى لا يكفي للبقاء على قيد الحياة. وقالت والدتي إن الطاقم الطبي أخذوا بالسؤال عما إذا كان في إمكانهم البدء بعلاجه بالأنابيب، وتركيب الستالة لتزويده بالمحاليل التي تدعم ضغط دمه، ونقله إلى وحدة العناية المشددة... ولم تعلم والدتي ماذا تصنع.

حينما يقترب الفرد من النهاية تأتي لحظة تنتقل فيها المسؤولية إلى شخص آخر ليقرر هذا الآخر التصرف الصحيح. كنا قد أخذنا أهبتنا لمثل هذه اللحظة إلى حد بعيد، فقد أجرينا المحاورات الصعبة. لقد أوضح والدي فعلا كيف يريد لقصته التي كان يكتبها أن تنتهي. فقد رفض أجهزة التنفس الاصطناعي، ورفض المعاناة. لقد اختار أن يبقى في البيت ومع الذين أحبهم.

لكن خط سير الأحداث يأبى أن يتبع منهجا ثابتا، وهذا ما يعصف بتفكير العقل البديل، عقل الشخص الآخر الذي يتخذ القرار الآن. فلم يمر إلا يوم واحد منذ بدا أن لدى والدي أسابيع من الحياة، إن لم تكن أشهرا، حتى وجدتْ والدتي نفسها الآن مضطرة إلى أن تفترض أن ساعاته قد تكون معدودة. كان قلب والدتي يكاد ينفطر، ولكنها في أثناء حديثنا أدركت خط السير الذي اخترنا المضي فيه، وأن نوعية الحياة التي توفرها له العناية المشددة ستكون بعيدة أشد البعد عن الحياة التي أرادها. فالنهايات لها قيمة، ليس للشخص نفسه فقط، بل ربما لها قيمة أكثر للأشخاص الذين يتركهم من بعده. لكل هذا قررت والدتي أن تطلب من الفريق الطبي في المستشفى ألا يركبوا أنابيب لوالدي. اتصلت

بأختي فألفيتها تشرع في ركوب القطار الذي يأخذها إلى عملها. واكتشفت أنها هي أيضا لم تكن مستعدة لتلقي الحادث.

فقد سألتْ: «كيف هذا؟ هل نحن متأكدون أنه لا يستطيع أن يعود إلى ما كان عليه يوم أمس؟».

وأجبتها: «إن احتمال عودته احتمال بعيد». يندر في العائلات أن يكون كل واحد موافقا لغيره في نظرته للوضع. فأنا توصلت أسرع من غيري إلى أن والدي على شفا النهاية، وكان أشد ما يشغل بالي خشية أن نخطئ في محاولة تطويل معاناته أكثر مما يجب. كنت أرى فرصةَ الوصول إلى نهاية سلسة نعمةً. غير أن أختي لم تكن تعتقد - ووالدتي كانت أبعد من أن تعتقد - أنه على وشك الرحيل، ولذلك فإن أكبر غلطة بدت لهما هي احتمال إهمالنا محاولة تطويل حياته إلى أقصى حد ممكن. اتفقنا على أن نمنع المستشفى من عمل أي شيء آخر لإنعاشه، وبقينا نأمل على رغم فقدان أسباب الأمل أن تبقى حباله موصولة بالحياة وقتا يكفي على الأقل لوصولي ووصول أختي إليه. وأخذنا نبحث، أنا من موقعي وأختي من موقعها، عن حجوزات الطائرات، في الوقت الذي كان فيه والدي يُنقَل إلى غرفة في مستشفى خاص.

اتصلت والدتي مرة أخرى في مساء اليوم نفسه، وكنت وقتها عند بوابة المغادرة في المطار.

قالت والدتي: «لقد صحا!»، ولاأزال أذكر كيف كنت أنظر إلى القمر وأنا أسمع هذه الكلمات، وأضافت أن والدي عرفها، بل كان صاحيا إلى حد أنه سأل كم هو ضغط الدم لديه. شعرت عندها بالخجل من نفسي أني لم أتوقع أن يصحو من غيبوبته، فمهما بلغت خبرة الفرد فإن الطبيعة تأبى الخضوع للتنبؤ. وصار تفكيري منصبا على أنني سأكون معه في الوقت الحرج. ومن يدري لعله يبقى في حالة مقبولة فترة غير قصيرة.

غير أنه تبين أنه لن يعيش بعدها إلا أربعة أيام، فحينما وصلت إلى جوار سريره، وجدته صاحيا وغير سعيد لكونه صحا وهو في المستشفى، فلا أحد يستمع إليه كما قال. لقد صحا وهو يعاني ألما شديدا، ولكن الطاقم الطبي يرفضون أن يعطوه ما يكفي من علاج لوقف الألم، لأنهم يخشون أن يفقد وعيه مرة أخرى. طلبتُ من الممرضة أن تعطيه الجرعة التامة التي كان يأخذها في البيت، وقالت

إنها ستحتاج من أجل ذلك إلى أن تحصل على إذن الطبيب المناوب، فهو لا يوافق حاليا إلا على نصف الجرعة.

وأخيرا، وفي الساعة الثالثة صباحا، فرغ صبر والدي، وبدأ يصرخ، وطلب أن يفكوا الأنابيب الموصولة إلى جسمه ويدعوه يذهب إلى بيته، ثم صاح غاضبا: «لماذا لا تفعلون شيئا؟ لماذا تتركونني في عذاب؟» لقد وصل به الألم إلى أن كلامه لم يعد مفهوما، واتصل بعيادة كليفلاند – على رغم الـ 320 كم التي تفصله عنها – من هاتفه الخلوي وأخذ يشرح بكلماته الغامضة للطبيب المناوب أن «يفعل شيئا». وأخيرا حصلت ممرضة المناوبة الليلية على إذن بحقنة من مخدر وريدي، ولكنه رفضها، قائلا: «إنها لا تفعل شيئا». ثم استطعنا في النهاية، وفي الساعة الخامسة صباحا، أن نقنعه بأخذ الحقنة، وبدأ الألم يخف، وأصبح أبي هادئا. ولكنه لم يزل مصرا على العودة إلى بيته. لقد كان يدرك أنه لن تكون له خياراته أبدا في مستشفى أُسّس ليحقق البقاء على قيد الحياة مهما كلف الثمن، ولا يتضح فيه أي بديل آخر.

لهذا رتبنا أن يعطيه الطاقم الطبي جرعة الصباح من أدويته، وأن يوقفوا إعطاءه الأكسجين والمضاد الحيوي الذي يعطى لعلاج ذات الرئة، وسُمح لنا بأخذه، وهكذا أصبح والدي في فراشه في ضحى ذلك اليوم.

وظل يكرر بعد أن وصل إلى البيت: «لا أريد أن أعاني الألم، هل تَعِدونَني أنه مهما حصل فلن تدعوني أعاني الألم؟».

ووعدته بالإيجاب.

لكن تحقيق ذلك لم يكن بالأمر الهين، فحتى التبول مثلا كان مشكلة، فقد زاد الشلل لديه على ما كان في الأسبوع الماضي، كان من علامات شلله عجزه عن أن يبول. نعم كان يحس أن مثانته امتلأت، ولكنه لا يستطيع إخراج البول. كنت أساعده على الوصول إلى الحمام وأديره ليجلس على المرحاض، وأنتظره هناك. وتمر نصف ساعة على ذلك، وهو يصر بالقول: «ستمر»، ويحاول أن يصرف ذهنه عن نزول البول، ويتحدث عن أن المرحاض من نوع «لوي» Lowe وكان قد ركبه منذ شهرين، وهو نوع كهربائي كما قال، ويصف كيف أحب هذا النوع، فهو ينفث الماء بشكل فني، ثم يجفف موضع البلل، وبهذا لا يضطر أحد إلى أن ينظفه، فيتمكن من أن يعتني بنفسه.

ثم يسألني: «هل جربته؟».

وأجيبه بالنفي.

فيبتسم قائلا: «لا بد أن تجربه».

لكن البول لا يخرج، وتبدأ تشنجات المثانة، ويئن والدي حينما تأتي التشنجات. ويقول: «لا بد أن تضعوا لي قسطرة». وتأتي ممرضة الهوسبيس، التي توقعت هذه اللحظة، وقد أحضرت العدة المناسبة ودربت والدتي. ولكني فعلت هذه العملية مائة مرة لمرضاي، ولهذا سحبت والدي من فوق المرحاض وساعدته في العودة إلى سريره، وبدأت أعد الخطوات المناسبة، وعيناه في كل تلك الأثناء مغلقتان تماما. مثل هذه الأزمة شيء لا يتصور المرء أن يواجهه في حياته، ولكني نجحت في إدخال القسطرة، وتدفق البول، وكانت راحة والدي لا حد لها.

غير أن معركته الكبرى ظلت هي المعركة مع الألم الذي يسببه الورم؛ ليس لكونه من الصعب السيطرة عليه، ولكن لأنه من الصعب الاتفاق على المدى الذي يجب أن يمضي إليه المرء في محاولة السيطرة عليه. وبحلول اليوم الثالث، صار من الصعب مرة أخرى الحفاظ على وعيه فترات طويلة. صرنا نتساءل عما إذا كان يجب الاستمرار في إعطائه الجرعة النظامية من المورفين السائل، والذي يوضع تحت لسانه، ومن ثم تمتصه الأغشية المخاطية ليصل إلى مجرى الدم. كنت أشعر، وكذلك أختي، بأن من الأفضل الإبقاء على تلك الجرعات، وذلك خشية أن يستيقظ ويتعرض لذلك الألم. بينما كانت أمي تعارض الفكرة، وذلك خشية حدوث عكس ما خشينا منه.

ولذلك قالت وعيناها تفيضان: «لعل بعض الألم يرجعه إلى وعيه، فلايزال أمامه كثير مما يستطيع فعله».

وثبت أن والدتي على صواب، حتى في آخر يومين من حياة أبي. فحينما أعطي الفرصة ليترفع عن متطلبات جسمه، اغتنم الفرصة في التمتع ببعض المسرات بكل حماس. لقد كان لايزال يحب بعض الأطعمة، وقد أكل بشهية مدهشة، فقد طلب خبز «تشاباتي» والأرز، والفاصوليا، والبطاطا، وحبوب البازلاء المفلوقة، وصلصة «تشتني» باللوبياء، وطبق التحلية «شيرا» الذي أحبه منذ شبابه. وتحدث إلى أحفاده عبر الهاتف، وصنّف ما لديه من صور، وأعطى تعليمات

حول مشاريع لم تتم. لم يعد في إمكانه أن يسيطر إلا على أصغر تفاصيل الحياة، وكنا نشعر بالعذاب ونحن نراه يغالب تلك التفاصيل، ونتساءل: هل نستطيع أن نعطيه فرصة أخرى؟

غير أني بقيت متذكرا عهدي الذي عاهدته عليه، وأعطيته حقنة مورفين كل ساعتين، ملتزما بخطتنا التي وعدناه بها. قبلت أمي هذه الخطة بقلق، وتمدد ساعات طويلة، هادئا تمام الهدوء، لا علامة على حياته إلا تنفسه الخشن. كان بين الفينة والفينة يشهق بشدة - شهيقا يشبه الشخير، يسحبه فجأة ويقطعه فجأة، وكأنه غطاء يغلق - ويتلوه بعد ثانية زفير طويل. كان صوت الهواء في صدره وهو يندفع عبر السائل شبه المخاطي للقصبة الهوائية يشبه حركة حصيات يجري رجها في أنبوبة فارغة. ويتلو ذلك صمت كأنه يستمر إلى الأبد، قبل أن تعود الحالة من جديد.

لقد تعودنا ذلك، وتعودنا رؤيته متمددا على ظهره، ويداه على بطنه، ساكنا وهادئا. كنا نجلس إلى جوار سريره ساعات طويلة، ووالدتي تقرأ في مجلة «أثينز مسينجر» Athens Messenger، وتشرب الشاي وتبدي قلقها حول قلة ما نأكله أنا وأختي. كان جلوسنا معا مما يريح النفس.

وفي وقت متأخر من مساء الليلة السابقة لوفاته، تعرق تعرقا شديدا كأنه خارج من حمام. واقترحت أختي أن نغير قميصه ونغسله. رفعناه إلى وضعية الجلوس، وهو لا يعي شيئا، كأنه ثقل لا روح فيه على الإطلاق. وحاولنا نزع قميصه برفعه من فوق رأسه، ولكن المهمة لم تكن سهلة. وحاولت أن أتذكر كيف تقوم الممرضات بمثل هذه المهمة، ولاحظت فجأة أن عينيه مفتوحتان.

وقلت: «مرحبا يا والدي». وبقي ينظر فترة من الوقت، يلاحظ الأمور، ويتنفس بصعوبة.

ثم قال: «مرحبا».

بقي يلاحظنا ونحن ننظف جسمه بقماشة مبللة، ونلبسه قميصا نظيفا.

وسألناه: «هل تعاني آلاما؟».

قال: «لا»، ثم أشار إلينا أنه يرغب في النهوض، فنقلناه إلى كرسي العجلات، وقربناه من نافذة تطل على الفناء الخلفي، حيث توجد أزهار وأشجار وأشعة

الشمس تعطي الدفء في يوم صيفي جميل. واستطعت أن ألاحظ كيف أن عقله أخذ يصبح أكثر صفاء بالتدريج.

ودفعناه فيما بعد في كرسي العجلات إلى طاولة الطعام، وتناول شيئا من المانجو والبابايا ولبن الزبادي، كما تناول أدويته. وكان في تلك الآونة هادئا، يتنفس بشكل طبيعي، وكان يفكر.

وسألته: «فيمَ تفكر؟».

فأجاب: «أفكر كيف لا أطيل عملية الموت، وهذا الطعام يطيل عملية الموت».

ولم يرُق هذا الحديث لوالدتي. لهذا قالت: «إن العناية بك تسعدنا يا رام، فنحن نحبك».

وهز رأسه.

وقالت أختي: «إن الوضع صعب، أليس كذلك؟».

فأجاب: «نعم، إنه كذلك».

وسألته أنا: «لعلك تحب أن تنام في هذه الفترة الباقية، هل هذا ما تحب؟».

فأجاب: «نعم».

وسألته والدتي: «ألا تحب أن تكون يقظا، تعيش معنا، ونحن حولك كما ترى؟».

ولم يجب مدة هنيهة، وانتظرنا جوابه.

ثم قال: «لا أحب أن أواجه الوضع».

والحقيقة أن معاناة والدي في آخر يوم من حياته لم تكن جسمية تماما، فقد أدى الدواء دوره بشكل جيد في تخفيف الألم. وحينما كان يعود إليه وعيه بين الفينة والفينة، كان يبتسم لسماع أصواتنا، ولكنه حينما يستوعب الوضع يعلم تماما أن الأزمة باقية ولم تزُل، وأن كل أسباب القلق التي ترافق بقاء الحياة لاتزال هناك: نعم هناك مشكلات الجسم، ولكن المشكلة الأكبر بالنسبة إليه هي مشكلة الذهن: التشويش الذهني، والقلق حيال ما ترك من عمل لم ينتهِ بعد، وقلقه بشأن والدتي، والذكرى التي سيخلفها في الأذهان. كان ينعم بالأمان والهدوء في النوم، وليس في اليقظة. وبعد أن اتضح أنه قد أتى منادي الموت ليناديه، كان الذي يريده والدي ليكون السطور الأخيرة في قصته هو نهاية آمنة هادئة.

في صحوته الأخيرة طلب لقاء أحفاده، ولم يكن أحفاده من حوله، ولذلك عرضت عليه صورهم في «الآي باد». نظر إلى الصور بعيون واسعة، وكانت ابتسامته رائعة، وكان ينظر إلى كل صورة بكل تفصيلاتها.

ثم غرق مرة أخرى في غيبوبته، وصار تنفسه يتوقف فترات تطول إلى عشرين أو ثلاثين ثانية مستمرة. وفي كل مرة أشعر بأنها النهاية، ثم أجد تنفسه قد عاد من جديد. واستمر في هذا ساعات.

وأخيرا، وعند نحو الدقيقة العاشرة بعد السادسة مساء، وفي الوقت الذي كانت والدتي وأختي فيه تتحدثان، وأنا أقرأ كتابا، لاحظت أنه توقف عن التنفس أطول مما كان يتوقف من قبل. وقلت: «أظن أن تنفسه توقف».

ونهضنا إليه، وتناولت والدتي يده، وأصغينا، وكلنا صامتون.

ولكن لم يصدر عنه أي تنفس.

الخاتمة

«حينما تهجم على المرء الأمراض الثقيلة، يكون من الأسئلة التي يواجهها: كيف ينظر إلى حالته، وما نتائجها المحتملة؟»

إن معنى أن يكون الإنسان فانيا هو أن أحدنا يتأقلم مع القيود التي تفرضها البيولوجيا، يتواءم مع الحدود التي تفرضها الجينات والخلايا واللحم والعظم. صحيح أن علم الطب قد منحنا قدرة ممتازة على دفع هذه الحدود - والقيمة الكامنة في هذه القدرة التي يمنحها الطب هي السبب الرئيسي لاختياري مهنة الطب. لكنني لاحظت مرة بعد مرة كم نوقع، نحن العاملين في عالم الطب، من ضرر حينما نفشل في الإقرار بأن القدرة التي يمنحها الطب محدودة، وأنها ستبقى محدودة على الدوام.

لقد أخطأنا في تحديد طبيعة عملنا بوصفنا أطباء، فقد اعتقدنا أن عملنا هو أن نضمن

صحة الناس وبقاءهم أحياء. غير أن مهمتنا في الواقع أكبر من ذلك بكثير: إنها تمكين الناس من الحياة السعيدة، والحياة السعيدة ترتبط بالأسباب التي من أجلها يرغب المرء في أن يعيش. والأسباب التي يرغب المرء في أن يعيش من أجلها لا تظهر في نهاية الحياة فقط، أو حينما يدب الضعف والوهن في الجسم، بل تستمر طوال العمر. فحينما تهجم على المرء الأمراض الثقيلة أو يصاب بحادث شديد، ويظهر الانهيار على جسمه، فإن الأسئلة التي يواجهها هي التي واجهها غيره من قبل: كيف ينظر إلى الحالة التي يعانيها وما نتائجها المحتملة؟ ما مخاوفه وما آماله؟ وما الأرباح التي يريدها وما الخسائر التي هو مستعد لأن يتحملها؟ وما أفضل سلوك ممكن في التعامل مع الوضع في ضوء هذه الأسئلة؟

لقد ظهر حقل العناية التلطيفية في العقود الأخيرة ليخلق في وعي الأفراد الذين اقتربوا من النهاية مثل هذه التساؤلات. وهذا التخصص يتقدم، مما يجعله يطبق طريقة التعامل نفسها مع الأفراد الذين يعانون مرضا خطيرا، سواء أكانوا يواجهون الموت أم لا. إن هذا مدعاة إلى التشجيع، ولكنه ليس مدعاة إلى الاحتفال الذي لن يكون مسوغا حتى يطبق الأطباء هذه الطريقة مع كل شخص يعالجونه، لا أن يكون تطبيقها من متطلبات ذلك التخصص بشكل منفصل.

فإذا كان الإنسان يحيا ضمن حدود وقيود، ولا مفر من ذلك مادام إنسانا، فإن دور المهن والمؤسسات المتخصصة في العناية - بدءا من الجراحين وانتهاء ببيوت التمريض – يجب أن يكون مساعدة الناس في الصعوبات التي يواجهونها وهم يتعاملون مع تلك القيود. قد نقدم للمريض علاجا في بعض الحالات، وقد لا نحتاج إلى أن نقدم في بعض الحالات أكثر من مرهم مسكن، وقد لا نقدم هذا ولا ذاك في حالات أخرى. ولكن مهما كان ما في إمكاننا أن نقدمه فإن تدخلنا، والمخاطر والتضحيات التي يأتي بها تدخلنا، لا مبرر لها ما لم تخدم الأهداف الأكبر لحياة الفرد. فحينما ننسى هذا، فإننا سوف نسبب معاناة لا حد لها. أما حينما نتذكر ذلك، فإن ما نحققه من عون سيكون باهرا.

لم أكن أتوقع قط أن بعضا من أكثر الخبرات مغزى في حياتي بوصفي طبيبا – بل وإنسانا أيضا – سيكون مصدرها من مساعدة الآخرين في أن يتعاملوا مع الجوانب التي لا يستطيع الطب أن يقدمها في حد ذاته. ولكن ثبت من خلال التجربة أن

الأمر كذلك، سواء كان المريض مثلَ جويل دوغلاس، أو صديقا مثل بيغ باتشلدر، أو شخصا يحتل الدرجة الأولى في قلبي مثل والدي.

لاقى والدي نهايته من دون أن يحتاج إلى أن يضحي بولاءاته أو أن يضيع هويته، وهذا أمر يسعدني. كانت رغباته واضحة له، حتى رغباته لما بعد الموت: لقد ترك تعليمات لوالدتي ولأختي ولي. طلب مني حرق جثته وأن ننثر الرماد في ثلاثة أماكن ذات أهمية بالنسبة إليه: في أثنز، وفي القرية التي نشأ فيها، وعلى نهر الغانغ؛ فهو نهر مقدس عند الهندوس. تقول الأساطير الهندوسية إنه إذا لامست بقايا الفرد، ذكرا أو أنثى، النهر العظيم، فإنه يضمن الخلاص الأبدي. لهذا اهتمت العائلات، على مدى آلاف السنين، بإحضار رماد أحبائهم إلى نهر الغانغ لينثروه على صفحته.

لهذا فبعد وفاة والدي بشهور اتبعنا هذه الخطوات، فقد سافرنا إلى مدينة فاراناسي، موضع المعابد القديمة على شاطئ الغانغ، والتي يعود تاريخها إلى القرن الثاني عشر قبل الميلاد. وصحونا قبل شروق الشمس، وسرنا على «الغاتس» (Ghats) وهي جدران ذات درجات شديدة الانحدار تبطن ضفاف النهر الهائل، واتفقنا مع البانديت (Pandit)، أي رجل الدين، قبل أن يزدحم عليه الناس، وخرج بنا في قارب خشبي صغير، يجذف بنا شخص يحترف حرفة التجذيف مسافةً ما على النهر في هذا الوقت المعتم.

كان الهواء باردا ومنعشا، وكانت تغشى النهر سحابة من الضباب الأبيض امتدت لتغطي أبراج المدينة وماءها. كان رجل من رجال الدين من المعبد ينشد عبارات روحية عبر مكبر كثير التشويش. وكان صوته ينساب فوق النهر فيصل إلى أسماع المغتسلين وهم يدلكون أجسامهم بمساعدة ألواح الصابون، وإلى صفوف من الغاسلين الذين يخبطون الملابس على موائد حجرية، ويصل صوته إلى أسماع طائر الرفراف (kingfisher) الجالس على سلسلة أحد المراسي. وعبرنا إلى جانب رصيف الشاطئ وقد كُدست فوقه أكوام ضخمة من الحطب أعدت لحرق عشرات الأجساد التي سوف يجري حرقها في ذلك اليوم. وبعد أن قطعنا ما يكفي من مسافة إلى داخل النهر، وارتفعت الشمس حتى برزت من خلال الضباب، بدأ البانديت يرنم ويغني.

وبما أنني الذكر الأكبر في العائلة، طلب مني أن أسهم في الطقوس المطلوبة لكي يصل والدي إلى «الموكشا»، وهو التحرر من السلسلة اللانهائية للحياة

الأرضية، سلسلة الموت والنشأة، ولكي يصل إلى مرحلة النرفانا. لف «البانديت» خاتما من الحبال الرقيقة على الإصبع الرابعة من أصابع يدي اليمنى، وجعلني أمسك مزهرية من النحاس الأصفر بحجم قبضة اليد تحتوي على رماد والدي وجعلني أنثر داخلها علاجات عشبية، وأزهارا، وشرائح من الطعام: وهي من جوز التنبول (Betal Nut)، والأرز، وزبيب الكشمش الخالي من البذور، والسكر الصخري الكريستالي، ومسحوق الكركم. ثم أمر أعضاء الأسرة الآخرين بأن يفعلوا الشيء نفسه، وأحرقنا بخورا ومررنا نسائمه فوق الرماد. ثم مال رجل الدين فوق مقدم القارب وبيده كأس صغيرة واغترف بها من ماء الغانغ ثم أمرني أن أشرب مقدار ثلاث ملاعق منها. ثم أمرني أن أرمي محتوى المزهرية من فوق كتفي اليمنى إلى النهر، ثم أن أرمي المزهرية نفسها وغطاءها، ونبهني بالقول باللغة الإنجليزية: «لا تنظر إلى ما ترمي!» وأطعته في أوامره.

لم يكن في الحقيقة من السهل على والديَّ أن يربيا هندوسيا ملتزما بدينه وهما في مدينة صغيرة في أوهايو، مهما بذلا من جهد، فلم أكن شديد الإيمان بأن يكون أمر حياة البشر في يد الآلهة، ولم أكن أعتقد أن أي شيء نفعله لوالدي سيوفر له مكانا خاصا في العالم الآخر. قد يكون الغانغ مقدسا لدى دين من أكبر أديان العالم، ولكن كان ما يلفت نظري أكثر - وأنا الطبيب - أنه من أكثر أنهار العالم إصابة بالتلوث، وأن هذا يعود جزئيا إلى كل تلك الأجساد المحروقة حرقا غير تام والتي تُلقى فيه. وقبل أن يطلب مني أن أمتص تلك الرشفات الصغيرة من مياه النهر، كنت قد راجعت موقعا لمعرفة مقدار البكتيريا التي سيأخذها جسمي نتيجة لذلك، وعالجت نفسي سلفا بأخذ المضادات المناسبة (ومع ذلك فقد أصبت بمرض جيارديا (Giardia) وذلك لأنني نسيت احتمال الإصابة بالطفيليات).

لا يعني هذا أنه لم يتحرك شعوري العميق أو أنني لم أشعر بالامتنان لتمكني من أداء هذا الجزء من واجبي: فهو شيء أراد والدي أن يحدث، وكذلك أرادت والدتي وأختي أن يحدث. ومن ناحية أخرى، مع أني لم أعتقد على الإطلاق أن والدي موجود ضمن تلك الكأس ونصف الكأس من المادة الرمادية المسحوقة، فإنني شعرت بأننا أوصلناه إلى معنى أكبر منا بكثير، في هذا المكان الذي يؤدي الناس فيه الشعائر على مدى هذه القرون الطويلة.

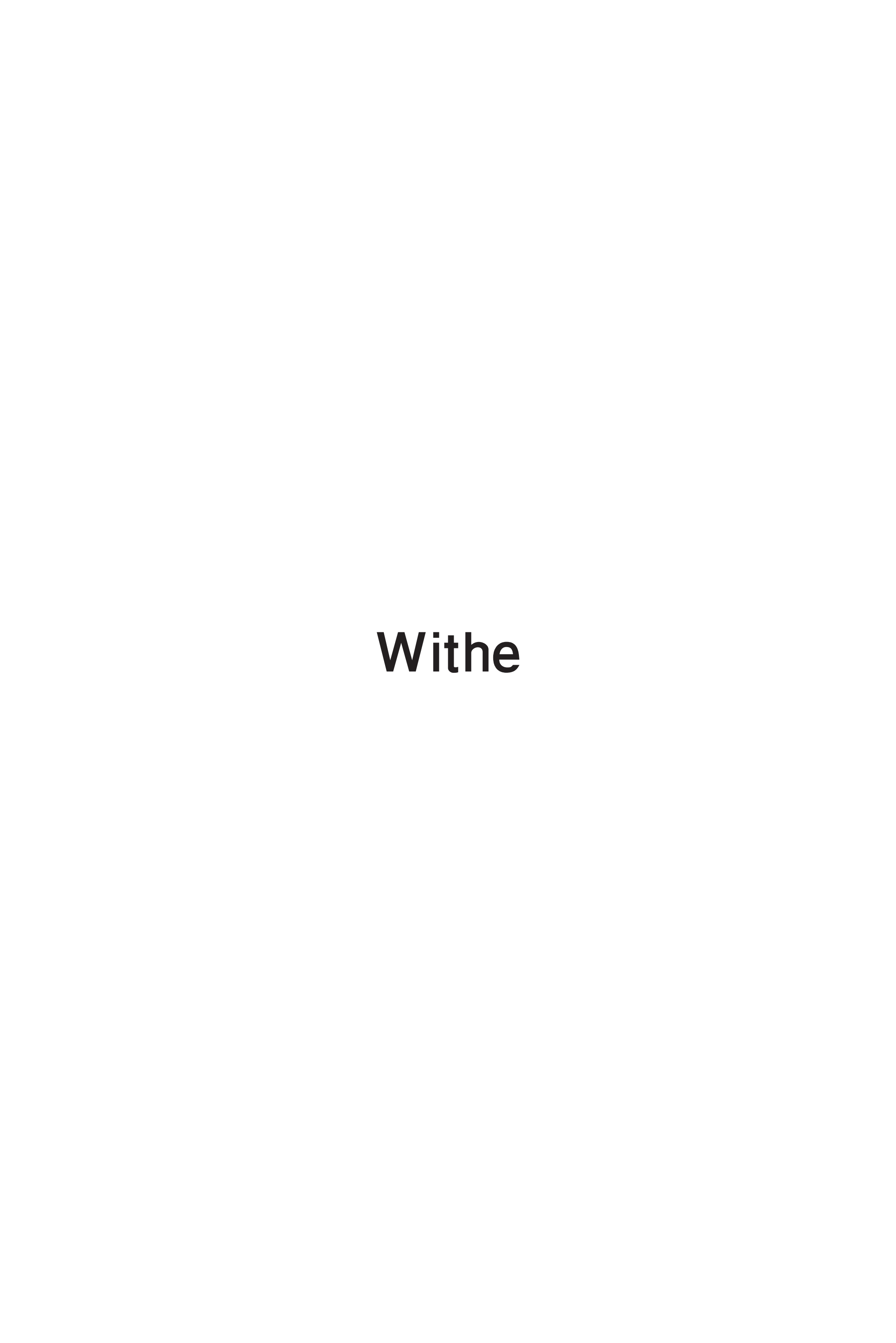
حينما كنت طفلا كان ما يعمل والدي على أن يغرسه في نفسي هو المثابرة: ألا أقبل أن أتوقف بسبب الحدود التي تظهر لي في طريقي، وكنت أراقبه بعد أن دخلت سن الرشد، وصار هو في سنيه الأخيرة من الحياة، كنت ألاحظ وقتها كيف أتعامل مع العقبات التي تظهر في الطريق والتي لا يمكن التخلص منها بمجرد تمني زوالها. ولم يكن من السهل أن أختار متى أتعامل مع العقبات والقيود بمغالبتها ومتى أعرف أن العقبة باقية وأجد أفضل حل للتعامل معها، لقد بدأ يظهر أنه يحدث أحيانا أن تكاليف مغالبة إحدى العقبات تفوق تكاليف قبولها. فقد كانت مساعدة والدي في معركته لتحديد متى يقبل بالأزمة ولا يهرب منها من أشد خبرات حياتي ألما، ولكنها كانت فرصة وجب عليَّ الحرص عليها أكثر من أي فرصة أخرى.

كانت لدى والدي ميزة مواجهة العقبات والنظر إليها من دون أوهام. صحيح أن الظروف كانت تغلبه أحيانا، ولكنه لم يحاول قط أن يوهم نفسه أن الظروف هي أحسن مما عليه في الواقع. كان يعي دائما أن الحياة قصيرة، وأن دور المرء في العالم صغير. ولكن هذا لم يمنعه من أن يرى نفسه حلقة لها قيمة في سلسلة التاريخ. أقاوم شعوري بأيدي الأجيال المتعاقبة وقد ارتبط بعضها ببعض عبر الزمن. فحينما جعلنا والدي نعود إلى هنا فوق نهر الغانغ، فإنه ساعدنا في أن نرى أنه جزء من القصة التي تمتد عبر آلاف السنين – هو ونحن كذلك.

كان من حسن حظنا أننا استمعنا له وهو يخبرنا برغباته ونسمعه وهو يسلم علينا تسليم الوداع. لقد اطمأننا عندها أنه يغادر الحياة في سكينة وسلام، وشعرنا نحن أيضا بأننا في سكينة وسلام.

وبعد أن نثرنا رماد والدي، تركنا القارب يطفو فترة ونحن صامتون، تاركين لتيار الماء أن يسوقنا، واشتدت الشمس وأزالت ما كان من ضباب، وبدأت عظامنا تشعر بحرارة الشمس. وعندها أعطينا الإشارة إلى النوتي لكي يتجه بنا إلى الشاطئ، فتناول المجذافين ليقوم بهذه المهمة، وهكذا توجهنا إلى الشاطئ.

الهوامش


Withe

فصل تعريفي

(1) Leo Tolstoy, The Death of Ivan Ilyich, 1886 (Signet Classic, 1994).

(2) كتاب «مضاعفات» Complications، تأليف أ. غواندي، هو بداية مسيرتي في الكتابة (طباعة متروبوليتان، 2002).

(3) National Office of Vital Statistics, Vital Statistics of the United States, 1945 (Government Printing Office, 1947), p. 104, http://www.cdc.gov/nchs/data/vsus/vsus19451.pdf

(4) J. Flory et al., "Place of Death: U.S. Trends since 1980," Health Affairs 23 (2004): 194– 200, http://content.healthaffairs.org/content/23/3/194.full.html

(5) A. Kellehear, A Social History of Dying (Cambridge University Press, 2007).

(6) S. Nuland, How We Die: Reflections on Life's Final Chapter (Knopf, 1993).

الفصل الأول

(1) P. Thane, ed., A History of Old Age (John Paul Getty Museum Press, 2005).

(2) D. H. Fischer, Growing Old in America: The Bland-Lee Lectures Delivered at Clark University (Oxford University Press, 1978). Also C. Haber and B. Gratton, Old Age and the Search for Security: An American Social History (Indiana University Press, 1994).

(3) C. A. Kirk, Emily Dickinson: A Biography (Greenwood Press, 2004).

(4) R. Posner, Aging and Old Age (University of Chicago Press, 1995), see ch. 9.

(5) Fischer, Growing Old in America.

(6) A. Achenbaum, Old Age in the New Land (Johns Hopkins University Press, 1979).

(7) United States Census Bureau, http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS

(8) World Bank, http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS

(9) "China's Demographic Time Bomb," Time, Aug. 31, 2011, http://www.time.com/time/world/article/0,8599,2091308,00.html

(10) Posner, ch. 9.

(11) Haber and Gratton, pp. 24– 25, 39.

(12) Haber and Gratton.

(13) E. Arias, "United States Life Tables," National Vital Statistics Reports 62 (2014): 51.

(14) L. E. Jones and M. Tertilt, "An Economic History of Fertility in the U.S., 1826– 1960," NBER Working Paper Series, Working Paper 12796, 2006,

http://www.nber.org/papers/w12796
(15) Fischer, appendix, table 6.
(16) L. Rosenmayr and E. Kockeis, "Propositions for a Sociological Theory of Aging and the Family," International Social Science Journal 15 (1963): 410– 24.
(17) Haber and Gratton, p. 44.
(18) E. Klinenberg, Going Solo: The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone (Penguin, 2012).
(19) European Commission, i2010: Independent Living for the Ageing Society, http://ec.europa.eu/informationsociety/activities/ictpsp/documents/independentliving.pdf.
(20) J. A. Trolander, From Sun Cities to the Villages (University Press of Florida, 2011).

الفصل الثاني

(1) J. R. Lunney et al., "Patterns of Functional Decline at the End of Life," Journal of the American Medical Association 289 (2003): 2387– 92. The graphs in this chapter are adapted from the article.
(2) National Center for Health Statistics, Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2013).
(3) J. R. Lunney, J. Lynn, and C. Hogan, "Profiles of Older Medicare Decedents," Journal of the American Geriatrics Society 50 (2002): 1109. See also Lunney et al., "Patterns of Functional Decline."
(4) G. Gibson and L. C. Niessen, "Aging and the Oral Cavity," in Geriatric Medicine: An Evidence- Based Approach, ed. C. K. Cassel (Springer, 2003), pp. 901– 19. See also I. Barnes and A. Walls, "Aging of the Mouth and Teeth," Gerodontology (John Wright, 1994).
(5) J. R. Drummond, J. P. Newton, and R. Yemm, Color Atlas and Text of Dental Care of the Elderly (Mosby- Wolfe, 1995), pp. 49– 50.
(6) J. J. Warren et al., "Tooth Loss in the Very Old: 13- 15- Year Incidence among Elderly Iowans," Community Dentistry and Oral Epidemiology 30 (2002): 29– 37.
(7) A. Hak et al., "Progression of Aortic Calcification Is Associated with Metacarpal Bone Loss during Menopause: A Population- Based Longitudinal Study," Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology 20 (2000): 1926– 31.
(8) H. Yoon et al., "Calcium Begets Calcium: Progression of Coronary Artery Calcification in Asymptomatic Subjects," Radiology 224 (2002): 236– 41; Hak et al., "Progression of Aortic Calcification."

(9) N. K. Wenger, "Cardiovascular Disease," in Geriatric Medicine, ed. Cassel (Springer, 2003); B. Lernfeit et al., "Aging and Left Ventricular Function in El der ly Healthy People," American Journal of Cardiology 68 (1991): 547– 49.

(10) J. D. Walston, "Sarcopenia in Older Adults," Current Opinion in Rheumatology 24 (2012): 623– 27; E. J. Metter et al., "Age- Associated Loss of Power and Strength in the Upper Extremities in Women and Men," Journal of Gerontology: Biological Sciences 52A (1997): B270.

(11) E. Carmeli, "The Aging Hand," Journal of Gerontology: Medical Sciences 58A (2003): 146– 52.

(12) R. Arking, The Biology of Aging: Observations and Principles, 3rd ed. (Oxford University Press, 2006); A. S. Dekaban, "Changes in Brain Weights During the Span of Human Life: Relation of Brain Weights to Body Heights and Body Weights," Annals of Neurology 4 (1978): 355; R. Peters, "Ageing and the Brain," Postgraduate Medical Journal 82 (2006): 84– 85; G. I. M. Craik and E. Bialystok, "Cognition Through the Lifespan: Mechanisms of Change," Trends in Cognitive Sciences 10 (2006): 132; R. S. N. Liu et al., "A Longitudinal Study of Brain Morphometrics Using Quantitative Magentic Resonance Imaging and Difference Image Analysis," NeuroImage 20 (2003): 26; T. A. Salt house, "Aging and Mea sures of Pro cessing Speed," Biological Psychology 54 (2000): 37; D. A. Evans et al., "Prevalence of Alzheimer's Disease in a Community Population of Older Persons," JAMA 262 (1989): 2251.

(13) R. E. Ricklefs, "Evolutionary Theories of Aging: Confirmation of a Fundamental Prediction, with Implications for the Genetic Basis and Evolution of Life Span," American Naturalist 152 (1998): 24– 44; R. M. Zammuto, "Life Histories of Birds: Clutch Size, Longevity, and Body Mass among North American Game Birds," Canadian Journal of Zoology 64 (1986): 2739– 49.

(14) C. Mobbs, "Molecular and Biologic Factors in Aging," in Geriatric Medicine, ed. Cassel; L. A. Gavrilov and N. S. Gavrilova, "Evolutionary Theories of Aging and Longevity," Scientific World Journal 2 (2002): 346.

(15) S. J. Olshansky, "The Demography of Aging," in Geriatric Medicine, ed. Cassel; Kellehear, A Social History.

(16) Michel de Montaigne. The Essays, sel. and ed. Adolphe Cohn (G. P. Putnam's Sons, 1907), p. 278.

(17) G. Kolata, "Live Long? Die Young? Answer Isn't Just in Genes," New York Times, Aug. 31, 2006; K. Christensen and A. M. Herskind, "Genetic Factors Associated with Individual Life Duration: Heritability," in J. M. Robine et al., eds., Human Longevity, Individual Life Duration, and the

Growth of the Oldest- Old Population (Springer, 2007).

(18) Gavrilov and Gavrilova, “Evolutionary Theories of Aging and Longevity.”

(19) A. K. Freeman and M. Gordon, “Dermatologic Diseases and Problems,” in Geriatric Medicine, ed. Cassel, 869.

(20) A. Terman and U. T. Brunk, “Lipofuscin,” International Journal of Biochemistry and Cell Biology 36 (2004): 1400– 4; Freeman and Gordon, “Dermatologic Diseases and Problems.”

(21) R. A. Weale, “Age and the Transmittance of the Human Crystalline Lens,” Journal of Physiology 395 (1988): 577– 87.

(22) Olshansky, “The Demography of Aging.” See also US Census Bureau data for 1950, http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html. Additional data from Population Pyramid online, http://populationpyramid.net/

(23) M. E. Pollack, “Intelligent Technology for an Aging Population: The Use of AI to Assist Elders with Cognitive Impairment,” AI Magazine (Summer 2005): 9– 25. See also Federal Deposit Insurance Corporation, Economic Conditions and Emerging Risks in Banking: A Report to the FDIC Board of Directors, May 9, 2006, http://www.fdic.gov/deposit/insurance/risk/200602/Economic200602.html

(24) Data on certifications in geriatrics from American Board of Medical Specialties and American Board of Internal Medicine.

(25) M. Gillick, The Denial of Aging: Perpetual Youth, Eternal Life, and Other Dangerous Fantasies (Harvard University Press, 2006).

(26) C. Boult et al., “A Randomized Clinical Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management,” Journal of the American Geriatrics Society 49 (2001): 351– 59.

(27) American Board of Medical Specialties, American Board of Psychiatry and Neurology; L. E. Garcez- Leme et al., “Geriatrics in Brazil: A Big Country with Big Opportunities,” Journal of the American Geriatrics Society 53 (2005): 2018– 22; C. L. Dotchin et al., “Geriatric Medicine: Services and Training in Africa,” Age and Ageing 41 (2013): 124– 28.

(28) D. C. Grabowski, C. M. Campbell, and M. A. Morrissey, “Elderly Licensure Laws and Motor Vehicle Fatalities,” JAMA 291 (2004): 2840– 46.

(29) J. Spano, “Jury Told Weller Must Pay for Killing 10,” Los Angeles Times, Oct. 6, 2006, http://articles.latimes.com/2006/oct/06/local/me-weller6

الفصل الثالث

(1) M. L. Nassau, Old Age Poverty in Greenwich Village: A Neighborhood Study (Fleming H. Revell Co., 1915).

(2) M. Katz, In the Shadow of the Poor house (Basic Books, 1986); M. Holstein and T. R. Cole, “The Evolution of Long- Term Care in America,” in

The Future of Long- Term Care, ed. R. H. Binstock, L. E. Cluff, and O. Von Mering (Johns Hopkins University Press, 1996).

(3) Illinois State Charities Commission, Second Annual Report of the State Charities Commission, 1912, pp. 457– 508; Virginia State Board of Charities and Corrections, First Annual Report of State Board of Charities and Corrections, 1909.

(4) Haber and Gratton, Old Age and the Search for Security.

(5) M. Barber, "Crotchety Harry Truman Remains an Icon of the Eruption," Seattle Post Intelligencer, March 11, 2000; S. Rosen, Truman of Mt. St. Helens: The Man and His Mountain (Madrona Publishers, 1981).

طرحت فرقتان أغنيتين من وحي خبرة ترومان:

1 - أغنية آر. دبليو. ستون R. W. Stone's 1980 البديعة المنتمية إلى فن الروك الريفي (Country Rock): «يا هاري ترومان، روحك لاتزال تعيش معنا» Harry Truman, Your Spirit Still Lives On.، انظر:

http://www.youtube.com/watch?v=WGwa3N43GB4,

2 - وأغنية هيدغير Headgear الفردية (أي أنها غير مرتبطة بالشركات الكبرى) للعام 2007 المنتمية إلى روك إندي Indie Rock باسم «هاري ترومان» Harry Truman. انظر: http://www.youtube.com/watch?v=JvcZnKkMDE

(6) L. Thomas, the Youngest Science (Viking, 1983).

(7) A. P. Chung, M. Gaynor, and S. Richards- Shubik, "Subsidies and Structure: The Last Impact of the Hill- Burton Program on the Hospital Industry," National Bureau of Economics Research Program on Health Economics meeting paper, April 2013, http://www.nber.org/confer/2013/HEs13/summary.htm

(8) A key source for the history of nursing homes was B. Vladeck, Unloving Care: The Nursing Home Tragedy (Basic Books, 1980). See also: Holstein and Cole, "Evolution of Long- Term Care," and records from the City of Boston and its alms house: https://www.cityofboston.gov/ImagesDocuments/Guide%20to%20the%20Almshouse%20r cordstcm3-30021.pdf

(9) Vladeck, Unloving Care.

(10) E. Goffman Asylums (Anchor, 1961). Corroborated by C. W. Lidz, L. Fischer, and R. M. Arnold, The Erosion of Autonomy in Long-Term Care (Oxford University Press, 1992).

الفصل الرابع

(1) G. Spitze and J. Logan, "Sons, Daughters, and Intergenerational Social Support," Journal of Marriage and Family 52 (1990): 420– 30.

(2) K. B. Wilson, "Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to the Present," Gerontologist 47, special issue 3 (2007): 8– 22.

(3) K. B. Wilson, R. C. Ladd, and M. Saslow, "Community Based Care in an

Institution: New Approaches and Definitions of Long Term Care" paper presented at the 41st Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco, Nov. 1988. Cited in Wilson, "Historical Evolution."

(4) A. H. Maslow, "A Theory of Human Motivation," Psychological Review 50 (1943): 370– 96.

(5) D. Field and M. Minkler, "Continuity and Change in Social Support between Young- Old, Old- Old, and Very- Old adults," Journal of Gerontology 43 (1988): 100– 6; K. Fingerman and M. Perlmutter, "Future Time Perspective and Life Events across Adulthood," Journal of General Psychology 122 (1995): 95– 111.

(6) L. L. Carstensen et al., "Emotional Experience Improves with Age: Evidence Based on over 10 Years of Experience Sampling," Psychology and Aging 26 (2011): 21– 33.

(7) L. L. Carstensen and B. L. Fredrickson, "Influence of HIV Status on Cognitive Representation of Others," Health Psychology 17 (1998): 494– 503; H. H. Fung, L. L. Carstensen, and A. Lutz, "Influence of Time on Social Preferences: Implications for Life- Span Development," Psychology and Aging 14 (1999): 595; B. L. Fredrickson and L. L. Carstensen, "Choosing Social Partners: How Old Age and Anticipated Endings Make People More Selective," Psychology and Aging 5 (1990): 335; H. H. Fung and L. L. Carstensen, "Goals Change When Life's Fragility Is Primed: Lessons Learned from Older Adults, the September 11 Attacks, and SARS," Social Cognition 24 (2006): 248– 78.

(8) Center for Medicare and Medicaid Services, Nursing Home Data Compendium, 2012 Edition (Government Printing Office, 2012).

(9) C. Hawes et al., "A National Survey of Assisted Living Facilities," Gerontologist 43 (2003): 875– 82.

الفصل الخامس

(1) W. Thomas, A Life Worth Living (Vanderwyk and Burnham, 1996).

(2) J. Rodin and E. Langer, "Long-Term Effects of a Control- Relevant Intervention with the Institutionalized Aged," Journal of Personality and Social Psychology 35 (1977): 897– 902.

(3) J. Royce, The Philosophy of Loyalty (Macmillan, 1908).

(4) M. P. Calkins, "Powell Lawton's Contributions to Long-Term Care Settings," Journal of Housing for the Elderly 17 (2008): 1– 2, 67– 84.

(5) R. Dworkin, "Autonomy and the Demented Self," Milbank Quarterly 64, supp. 2 (1986): 4-16.

الفصل السادس

(1) C. M. Rudin et al., “Lung Cancer in Never Smokers: A Call to Action,” Clinical Cancer Research 15 (2009): 5622– 25.

(2) C. Zhou et al., “Erlotinib versus Chemotherapy for Patients with Advanced EGFR Mutation-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer,” Lancet Oncology 12 (2011): 735–42.

(3) C. P. Belani et al., “Maintenance Pemetrexed plus Best Supportive Care (BSC) versus Placebo plus BSC: A Randomized Phase III Study in Advanced Non- Small Cell Lung Cancer,” Journal of Clinical Oncology 27 (2009): 18s.

(4) G. F. Riley and J. D. Lubitz, “Long- Term Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life,” Health Services Research 45 (2010): 565– 76.

(5) L. R. Shugarman, S. L. Decker, and A. Bercovitz, “Demographic and Social Characteristics and Spending at the End of Life,” Journal of Pain and Symptom Management 38 (2009): 15– 26.

(6) A. B. Mariotto, K. R. Yabroff, Y. Shao et al., “Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010– 2020,” Journal of the National Cancer Institute 103 (2011): 117– 28. See also M. J. Hassett and E. B. Elkin, “What Does Breast Cancer Treatment Cost and What Is It Worth?,” Hematology/ Oncology Clinics of North America 27 (2013): 829– 41.

(7) A. A. Wright et al., “Associations Between End- of- Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment,” Journal of the American Medical Association 300 (2008): 1665– 73.

(8) P. A. Singer, D. K. Martin, and M. Kelner, “Quality End- of- Life Care: Patients’ Perspectives,” Journal of the American Medical Association 281 (1999): 163– 68; K. E. Steinhauser et al., “Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers,” Journal of the American Medical Association 284 (2000): 2476.

(9) J. Lynn, Sick to Death and Not Going to Take It Anymore (University of California Press, 2004).

(10) J. Shinners, ed., Medieval Popular Religion 1000– 1500: A Reader, 2nd ed. (Broadview Press, 2007).

(11) D. G. Faust, This Republic of Suffering (Knopf, 2008), pp. 10– 11.

(12) M. Heron, “Deaths: Leading Causes for 2009,” National Vital Statistics Reports 61 (2009), http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr6107.pdf. See also Organisation for Economic Cooperation and Development, Health at a Glance 2013, http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm

(13) N. A. Christakis and E. B. Lamont, “Extent and Determinants of Error in

Doctors' Prognoses in Terminally Ill Patients: Prospective Cohort Study," BMJ 320 (2000): 469– 73.

(14) E. J. Gordon and C. K. Daugherty,“ 'Hitting You Over the Head': Oncologists' Disclosure of Prognosis to Advanced Cancer Patients," Bioethics 17 (2003): 142– 68; W. F. Baile et al., "Oncologists' Attitudes Toward and Practices in Giving Bad News: An Exploratory Study," Journal of Clinical Oncology 20 (2002): 2189– 96.

(15) S. J. Gould, "The Median Isn't the Message," Discover, June 1985.

(16) R. A. Rettig, P. D. Jacobson, C. Farquhar, and W. M. Aubry, False Hope: Bone Marrow Transplantation for Breast Cancer (Oxford University Press, 2007).

(17) Centers for Diseases Control, "State Laws Relating to Breast Cancer," 2000.

(18) E. A. Stadtmauer, A. O'Neill, L. J. Goldstein et al., "Conventional- Dose Chemotherapy Compared with High- Dose Chemotherapy plus Autologous Hematopoietic Stem- Cell Transplantation for Metastatic Breast Cancer," New England Journal of Medicine 342 (2000): 1069– 76. See also Rettig et al., False Hope.

(19) R. Krakauer et al., "Opportunities to Improve the Quality of Care for Advanced Illness," Health Affairs 28 (2009): 1357– 59.

(20) C. M. Spettell et al., "A Comprehensive Case Management Program to Improve Palliative Care," Journal of Palliative Medicine 12 (2009): 827– 32. See also: Krakauer et al. "Opportunities to Improve."

(21) Spettel et al., "A Comprehensive Case Management Program."

(22) Wright et al., "Associations Between End- of- Life Discussions."

(23) J. S. Temel et al., "Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non- Small Cell Lung Cancer," New England Journal of Medicine 363 (2010): 733– 42; J. A. Greer et al., "Effect of Early Palliative Care on Chemotherapy Use and End- of- Life Care in Patients with Metastatic Non- Small Cell Lung Cancer," Journal of Clinical Oncology 30 (2012): 394– 400.

(24) S. R. Connor et al., "Comparing Hospice and Nonhospice Survival among Patients Who Die Within a Three- Year Window," Journal of Pain and Symptom Management 33 (2007): 238– 46.

(25) B. J. Hammes, Having Your Own Say: Getting the Right Care When It Matters Most (CHT Press, 2012).

الفصل السابع

(1) Data analyzed from World Bank, 2013, http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects

(2) Ernst & Young, "Hitting the Sweet Spot: The Growth of the Middle Class

in Emerging Markets," 2013.

(3) J. M. Lazenby and J. Olshevski, "Place of Death among Botswana's Oldest Old," Omega 65 (2012): 173– 87.

(4) K. Hanson and P. Berman,"Private Health Care Provision in Developing Countries: A Preliminary

Analysis of Levels and Composition," Data for Decision Making Project (Harvard School of Public Health, 2013), http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/topic.html

(5) H. Ddungu, "Palliative Care: What Approaches Are Suitable in the Developing World?," British Journal of Haemotology 154 (2011): 728– 35. See also D. Clark et al., "Hospice and Palliative Care Development in Africa," Journal of Pain and Symptom Management 33 (2007): 698– 710; R. H. Blank, "End of Life Decision- Making across Cultures," Journal of Law, Medicine & Ethics (Summer 2011): 201– 14.

(6) D. Gu, G. Liu, D. A. Vlosky, and Z. Yi, "Factors Associated with Place of Death Among the Oldest Old," Journal of Applied Gerontology 26 (2007): 34– 57.

(7) National Center for Health Statistics, "Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying," 2011. See also National Hospice and Palliative Care Organization, "NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America, 2012 Edition," 2012.

(8) J. C. Weeks et al., "Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer," New England Journal of Medicine 367 (2012): 1616– 25.

(9) E. J. Emanuel and L. L. Emanuel, "Four Models of the Physician- Patient Relationship," Journal of the American Medical Association 267 (1992): 2221– 26.

(10) "Ovarian Cancer," online American Cancer Society guide, 2014, http://www.cancer.org/cancer/ovariancancer/detailedguide.

(11) See A. Back, R. Arnold, and J. Tulsky, Mastering Communication with Seriously Ill Patients (Cambridge University Press, 2009).

(12) Office of Research, Ohio Development Services Agency, The Ohio Poverty Report, February 2014 (ODSA, 2014), http://www.development.ohio.gov/files/research/P7005.pdf

(13) More information at http://www.theathensvillage.org

تذكر أنهم يمكن أن يستفيدوا من تبرعاتك.

الفصل الثامن

(1) Laches, trans. Benjamin Jowett, 1892, available online through Perseus Digital Library, Tufts University, http://www.perseus.tufts.edu/hopper/

text?doc=Perseus%3atext%3a1999.01.0176%3atext%3dLach

(2) D. Kahneman, Thinking, Fast and Slow (Farrar, Straus, and Giroux, 2011). See also: D. A. Redelmeier and D. Kahneman, “Patients’ Memories of Painful Treatments: Real-Time and Retrospective Evaluations of Two Minimally Invasive Procedures,” Pain 66 (1996): 3– 8.

(3) Kahneman, Thinking, Fast and Slow, p. 385.

(4) A. E. Epstein et al., “ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device- Based Therapy of Cardiac
Rhythm Abnormalities,” Circulation 117 (2008): e350– e408. See also: R. A. Zellner, M. P. Aulisio, and W. R. Lewis, “Should Implantable Cardio-verter- Defi brillators and Permanent Pacemakers in Patients with Terminal Illness Be Deactivated? Patient Autonomy Is Paramount,” Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology 2 (2009): 340– 44.

(5) S. Gibb et al. “Mortality and Further Suicidal Behaviour after an Index Suicide Attempt: A 10-Year Study,” Australia and New Zealand Journal of Psychiatry 39 (2005): 95–100.

(6) E.g., the state of Washington’s Death with Dignity Act, http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245

(7) Netherlands Government, “Euthanasia Carried Out in Nearly 3 Percent of Cases,” Statistics Netherlands, July 21, 2012, http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid welzijn/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3648-wm.htm

(8) British Medical Association, Euthana-sia: Report of the Working Party to Review the British Medical Association’s Guidance on Euthanasia, May 5, 1988, p. 49, n. 195. See also: A.- M. The, Verlossers Naast God: Dokters en Euthanasie in Nederland (Thoeris, 2009).

(9) E.g., data from Oregon Health Authority, Oregon’s Death with Dignity Act, 2013 Report, http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year16.pdf

(10) L. Emanuel and K. G. Scandrett, “Decisions at the End of Life: Have We Come of Age?,” BMC Medicine 8 (2010): 57.

أتول غواندي

■ جراح في مستشفى بريغام آند ويمينز Brigham and Women's Hospital في بوسطن.

■ كاتب بصفة عضو في مجلة «نيو يوركر».

■ بروفسور في كلية الطب في هارفارد ومدرسة هارفارد تي. إتش. تشان للصحة العامة Harvard T.H. Chan School of Public Health.

■ ربح جائزة لويس توماس Lewis Thomas Award للكتابة في مجال العلم، وفاز بزمالة ماك آرثر MacArthur Fellowship، وجائزتين من المجلة القومية.

■ يحتل في عمله في الصحة العامة منصب مدير تنفيذي لمختبرات أريادني Ariadne Labs، وهو مركز مشترك لتحديث أنظمة الصحة.

■ رئيس لايف بوكس Lifebox، وهي منظمة غير ربحية لجعل الجراحة أكثر سلامة على مستوى العالم.

■ له ثلاثة أطفال، ويعيش في نيوتون، ماساتشوستس.

■ له ثلاثة كتب أخرى وصلت إلى قائمة «نيويورك تايمز» لأكثر الكتب مبيعا، وهي:

1 - «المضاعفات» Complications، وهو كتاب وصل إلى قائمة التصفية الأخيرة لاختيار جائزة الكتاب الوطني.

2 - «أفضل» Better، وهو كتاب اختارته أمازون واحدا من أفضل عشرة كتب من كتب العام 2007.

3 - «بيان قائمة المراجعة» The Checklist Manifesto.

د. عبداللطيف الخياط

- متخصص في الأدب الإنجليزي من جامعة إسطنبول.
- عمل في جامعات عربية في سورية والسعودية والأردن.
- غلبت على نشاطه الترجمة في مجالات كالقصص والتربية وتطوير الذات والتاريخ.
- يعيش حاليا متنقلا بين الأردن والولايات المتحدة.

سلسلة عالم المعرفة

«عالم المعرفة» سلسلة كتب ثقافية تصدر في مطلع كل شهر ميلادي عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - دولة الكويت - وقد صدر العدد الأول منها في شهر يناير من العام 1978.

تهدف هذه السلسلة إلى تزويد القارئ بمادة جيدة من الثقافة تغطي جميع فروع المعرفة، وكذلك ربطه بأحدث التيارات الفكرية والثقافية المعاصرة. ومن الموضوعات التي تعالجها تأليفا وترجمة:

1 - الدراسات الإنسانية: تاريخ ـ فلسفة - أدب الرحلات - الدراسات الحضارية - تاريخ الأفكار.

2 - العلوم الاجتماعية: اجتماع - اقتصاد - سياسة - علم نفس - جغرافيا - تخطيط - دراسات استراتيجية - مستقبليات.

3 - الدراسات الأدبية واللغوية: الأدب العربي - الآداب العالمية - علم اللغة.

4 - الدراسات الفنية: علم الجمال وفلسفة الفن - المسرح - الموسيقى - الفنون التشكيلية والفنون الشعبية.

5 - الدراسات العلمية: تاريخ العلم وفلسفته، تبسيط العلوم الطبيعية (فيزياء، كيمياء، علم الحياة، فلك) ـ الرياضيات التطبيقية (مع الاهتمام بالجوانب الإنسانية لهذه العلوم)، والدراسات التكنولوجية.

أما بالنسبة إلى نشر الأعمال الإبداعية ـ المترجمة أو المؤلفة ـ من شعر وقصة ومسرحية، وكذلك الأعمال المتعلقة بشخصية واحدة بعينها فهذا أمر غير وارد في الوقت الحالي.

وتحرص سلسلة «عالم المعرفة» على أن تكون الأعمال المترجمة حديثة النشر.

وترحب السلسلة باقتراحات التأليف والترجمة المقدمة من المتخصصين، على ألا يزيد حجمها على 350 صفحة من القطع المتوسط، وأن تكون مصحوبة بنبذة وافية عن الكتاب وموضوعاته وأهميته ومدى جدته وفي حالة الترجمة ترسل نسخة مصورة من الكتاب بلغته الأصلية كما ترفق مذكرة بالفكرة العامة للكتاب، وكذلك يجب أن تدوّن أرقام صفحات الكتاب الأصلي المقابلة للنص المترجم على جانب الصفحة المترجمة، والسلسلة لا يمكنها النظر في أي ترجمة ما لم تكن مستوفية لهذا الشرط. والمجلس غير ملزم بإعادة المخطوطات والكتب الأجنبية في حالة الاعتذار عن عدم نشره. وفي جميع الحالات ينبغي إرفاق سيرة ذاتية لمقترح الكتاب تتضمن البيانات الرئيسية عن نشاطه العلمي السابق.

وفي حال الموافقة والتعاقد على الموضوع ــ المؤلف أو المترجم ــ تصرف مكافأة للمؤلف مقدارها ألفا دينار كويتي، وللمترجم مكافأة بمعدل ثلاثين فلسا عن الكلمة الواحدة في النص الأجنبي (وبحد أقصى مقداره ألفان وخمسمائة دينار كويتي).

سعر النسخة

الكويت ودول الخليج	دينار كويتي
الدول العربية	ما يعادل دولارا أمريكيا
خارج الوطن العربي	أربعة دولارات أمريكية

الاشتراكات

دولة الكويت

للأفراد	15 د. ك
للمؤسسات	25 د. ك

دول الخليج

للأفراد	17 د. ك
للمؤسسات	30 د. ك

الدول العربية

للأفراد	25 دولارا أمريكيا
للمؤسسات	50 دولارا أمريكيا

خارج الوطن العربي

للأفراد	50 دولارا أمريكيا
للمؤسسات	100 دولار أمريكي

تسدد الاشتراكات والمبيعات مقدما نقدا أو بشيك باسم المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، مع مراعاة سداد عمولة البنك المحول عليه المبلغ في الكويت، ويرسل إلينا بالبريد المسجل على العنوان التالي:

المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

ص. ب 23996 الصفاة - الرمزي البريدي 13100

دولة الكويت

بدالة: 22416006 (00965)

داخلي: 1196/ 1195/ 1194/ 1153/1193/ 1152

أسماء وأرقام وكلاء التوزيع

أولاً: التوزيع المحلي – دولة الكويت

م	الدولة	وكيل التوزيع	رقم الهاتف	رقم الفاكس	الإيميل
1	الكويت	المجموعة الإعلامية العالمية	00965 24826820 /1/2	2482682300965 /	im_grp50@yahoo.com
		ثانياً: التوزيع الخارجي			
2	السعودية	الشركة السعودية للتوزيع	00966114871414	121277400966 /12121766 –	bander.shareef@saudidistribution.com babiker.khalil@saudidistribution.com
3	البحرين	مؤسسة الأيام للنشر	3661616800973 /17617733 –	1761774400973 /	cir@alayam.com rudainaa.ahmed@alayam.com
4	الإمارات	شركة الإمارات للطباعة والنشر والتوزيع	00971 43916501 /2/3	4391801900971 /43918354 –	eppdc@emirates.net.ae info@eppdco.com essam.ali@eppdco.com
5	سلطنة عُمان	مؤسسة العطاء للتوزيع	2449139900968 /24492936 – 24496748 –	2449320000968 /	alattadist@yahoo.com
6	قطر	شركة دار الثقافة	4462218200974 /44621942 –	4462180000974 /	thaqafadist@qatar.net.qa
7	مصر	مؤسسة أخبار اليوم	00202 25782700/1/2/3/4/5 00202 25806400	2578254000202 /	ahmed_isaac2008@hotmail.com
8	لبنان	مؤسسة نعنوع الصحفية للتوزيع	00961 1666314 /15	165325900961 / 165326000961 /	topspeed1@hotmail.com
9	تونس	الشركة التونسية	7132249900216 /	7132300400216 /	sotupress@sotup.com.nt
10	المغرب	الشركة العربية الأفريقية	52224920000212 /	52224921400212 /	s.wardi@sapress.ma
11	الأردن	وكالة التوزيع الأردنية	79720409500962 /6535885 –	6533773300962 /	alshafiei.ankousha@aramex.com basem.abuhameds@aramex.com
12	فلسطين	شركة رام الله للتوزيع والنشر	2298080000970 /	2296413300970 /	wael.kassess@rdp.ps
13	اليمن	القائد للنشر والتوزيع	124088300967 /	124088300967 /	alkaidpd@yahoo.com
14	السودان	دار الريان للثقافة والنشر والتوزيع	83242702002491 /	83242703002491 /	daralryan_cup22@hotmail.com daralryan_12@hotmail.com

تنويـــه

للاطـلاع علـى قائمـة كتـب السلسـلة انظـر عدد ديســمبر (كانـون الأول) مـن كل سـنة، حيـث توجد قائمة كاملة بأسماء الكتب المنشورة في السلسلة منذ يناير 1978.

يمكنكم الاشتراك والحصول على نسختكم الورقية من إصدارات المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب من خلال الدخول إلى موقعنا الإلكتروني:

https://www.nccal.gov.kw/#CouncilPublications

البيان	عالم المعرفة		الثقافة العالمية		عالم الفكر		إبداعات عالمية		جريدة الفنون		المسرح العالمي	
	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار
مؤسسة داخل الكويت	25		12		12		20		12		20	
أفراد داخل الكويت	15		6		6		10		8		10	
مؤسسات دول الخليج العربي	30		16		16		24			36	24	
أفراد دول الخليج العربي	17		8		8		12			24	12	
مؤسسات خارج الوطن العربي		100		50		40		100		48		100
أفراد خارج الوطن العربي		50		25		20		50		36		50
مؤسسات في الوطن العربي		50		30		20		50		36		50
أفراد في الوطن العربي		25		15		10		25		24		25

قسيمة اشتراك في إصدارات
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

الرجاء ملء البيانات في حالة رغبتكم في: تسجيل اشتراك ☐ تجديد اشتراك ☐

الاسم:	
العنوان:	
المدينة:	الرمز البريدي:
البلد:	
رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:	
اسم المطبوعة:	مدة الاشتراك:
المبلغ المرسل:	نقدا / شيك رقم:
التوقيع:	التاريخ: / / 20م

المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - إدارة النشر والتوزيع - مراقبة التوزيع

ص.ب: 23996 - الصفاة - الرمز البريدي 13100

دولة الكويت


المجلس الوطني
للثقافة والفنون والآداب

هذا الكتاب...

لقد غيَّر الطب الحديث أخطار الولادة وإصابات الحوادث والأمراض المعدية من كونها أحداثا عسيرة إلى أحداث تقع ضمن سيطرة الطب. ولكن حينما يأتي الأمر إلى الحقائق التي تتمثل في الشيخوخة والموت، وهي حقائق لا مفر لأحد منها، فإن ما يفعله الطب حيال هذه الأحداث هو عكس ما هو مطلوب منه. يكشف الدكتور أتول غواندي في بحثه، الذي يجبر المرء على فتح عينيه على الحقائق، ومن خلال بحثه الدائب والأحداث التي يستمدها من خبرته مع مرضاه وأسرته، عن المعاناة التي يسببها إهمال الطب لرغبات الناس التي قد يرغبونها فيما وراء مجرد الحفاظ على الحياة. ولا يمكن أن نعرف هذه الرغبات إلا بالسؤال، ونحن لم نكن نسأل، ولكن بإمكاننا أن نتعلم السؤال.

إنه كتاب يستحوذ على كل انتباهك، فهو صادق وإنساني. إن هذا الكتاب المتميز، الذي بدأ فعلا يغيّر حديث الأمريكيين عن الشيخوخة والموت، يُظْهر لنا كيف أن الهدف النهائي ليس الموت الناجح ولكن الحياة الناجحة؛ وهي الحياة التي تستمر حتى آخر لحظة.

ISBN 978 - 99906 - 0 - 623 - 2



إصدارات المجلس متوافرة إلكترونيا على موقعنا:
WWW.NCCAL.GOV.KW/PUBLICATIONS